

平成29年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

地域の高齢者の状況を正確に把握し、
虚弱のリスクのある高齢者を社会資源とマッチ
ングするなど、保険者が政策形成や事業展開に
つなぐための調査研究事業

報告書

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所
平成30（2018）年3月

はじめに

平成18年に介護予防の二次予防事業（特定高齢者施策）が開始され、基本チェックリストを用いて要介護リスクの高い特定高齢者を発見し、二次予防事業への参加に結びつけるという事業が全国的に展開された。しかしながら、二次予防事業対象者の把握や対象者の事業参加率が十分でない等の状況が生まれたことから、現在の総合事業では、基本チェックリストは、従来の要支援者が要介護認定を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」として判定される際にのみ使用されている。一般高齢者は、一定のリスク評価が行われることなく全員が一般介護予防事業の対象者となっている。

特定高齢者施策で二次予防事業参加率が上がらなかった理由の一つとして、単に高齢者に要介護のハイリスク者という判定を行って事業参加を促しても、高齢者自身のニーズや老化への認識と合っていない場合には、高齢者が積極的な行動を起こすまでには至らなかったという話も聞かれる。あなたは足腰が弱っているから要介護にならないように運動教室に参加しましょうといっても、そのメッセージは高齢者全ての心を捉えるものではなかった可能性がある。

しかしながら、現実的には、要介護状態に陥るケースは、地域での集団的な働きかけに対する無反応層からより多く発生していることが指摘されている。介護予防事業が早急に必要の人にアプローチ出来ていないという懸念も多々ある。したがって、地域で生活するだけで多くの高齢者が健康に老いるために必要な施策を、個々の健康状態や生活状況やニーズを考慮して作り上げていくことは非常に大切であると考えられる。その際、地域特性の違いによりアプローチの手法が異なることは当然であろう。人口、エリアの広さ、住民の結びつき、町内会等の地域組織の稼働状況、様々な地域資源の有無などによって、その地域に適した介護予防の方法をそれぞれの現場で知恵を出し合って作り上げていくことが重要である。例えば、東京のような大都市部では、ハイリスク者を抽出して、集中的に介護予防事業を働きかけていくような仕組みよりは、リスクが高くない元気な高齢者をも取り込んでの介護予防対策を行い、地域の大勢の人の健康を底上げしていく中で、ハイリスク者に要介護に陥らないための行動変容を促すという戦略もあっていいと思われる。

以上の背景に基づき、平成29年度老人保健健康増進等事業の本事業は、現在の総合事業のもとで介護予防をより効果的に行うための展開が図れないかという問題意識のもと、その一手段として、地域において高齢者自身が自らの健康状態や生活実態を的確に認識した上で、事業や地域活動に積極的に参加するような施策、及び自治体が地域の高齢者の実態を正確に把握した上での効果的な施策を行うための出発点となる調査方法の提示とその課題について、研究機関で介護予防に携わっている専門家、及び地域の介護予防事業に積極的に取り組んでいる協力自治体の関係者の意見を集約して今後の方向性を示すものである。

事業担当者（総括）

北村 明彦 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム

目次

I. 事業の概要	1
1. 事業の目的	
2. 事業の概要	
II. 自治体における高齢者の健康実態や生活実態の把握方法の実状と、虚弱のリスクのある高齢者と社会資源をマッチングさせる上での課題を探るためのヒアリング調査【調査1】	2
1. 目的	
2. 対象と方法	
3. 結果と考察	
III. 虚弱のリスクがある高齢者を把握し社会参加を促進するための調査研究【調査2】	34
1. 目的	
2. 対象	
3. 方法	
4. 結果	
IV. まとめ	
V. 資料編	98
事業担当者及び協力関係者一覧	115

I. 事業の概要

1. 事業の目的

一般高齢者が要支援・要介護状態へ移行することを予防・先送りするためには、一般高齢者の虚弱リスクを捉え、そのリスクの程度や種類に応じた一般介護予防事業、特に社会資源とのマッチングを推進することが効果的と考えられる。この考えに基づいた事業を各地域で進めるにあたっての、地域の高齢者の虚弱等の健康状態を把握するための全域的な調査手法とその課題、解決策を提示する。さらに全域的な調査結果を介護予防事業に活用する方法と課題等についても提示する。

2. 事業の概要

【調査1】地域での介護予防事業に積極的に取り組んでいる市区町村等の自治体（研究協力自治体）に対してヒアリングを行い、地域に在住している高齢者の健康状態、虚弱状態、生活状況、社会参加状況の把握のための調査の現状、及び調査結果に基づく介護予防事業実施の状況を調査する。さらに、各自治体の実状をふまえ、全域的な調査とその調査結果を活用した介護予防事業を実施する上での課題や解決策について協議する。

【調査2】研究協力自治体の一つである埼玉県鳩山町（高齢者人口約5700人）において、65歳以上の在宅の高齢者全員に対して郵送調査を行い、健康状態、虚弱状態、生活状況、社会参加状況及び社会資源活用のニーズ調査を行う。これにより、地域における虚弱のリスクのある高齢者の頻度とその生活実態、ニーズ等を明らかにし、今後必要な社会資源や社会参加を促進するなど効果的な介護予防対策を行うための方法を検討する。なお、虚弱のリスクとは、基本チェックリスト等に基づく運動機能低下、低栄養、口腔機能低下、閉じこもり、認知・心理機能低下等を想定している。

以上の調査1と調査2の結果をもって、本事業の目的—地域の高齢者の虚弱状態等の健康状態を把握するための全域的な調査手法とその調査結果を介護予防事業に活用する上での課題と解決策について示す。

Ⅱ. 自治体における高齢者の健康実態や生活実態の把握方法の実状と、虚弱のリスクのある高齢者と社会資源をマッチングさせる上での課題を探るためのヒアリング調査【調査1】

1. 目的

地域での介護予防事業に積極的に取り組んでいる市区町村等の自治体（研究協力自治体）に対してヒアリングを行い、地域に在住している高齢者の健康状態、虚弱状態、生活状況、社会参加状況の把握のための調査の現状、及び調査結果に基づく介護予防事業実施の状況を調査する。さらに、各自治体の実状をふまえ、全域的な調査とその調査結果を活用した介護予防事業を実施する上での課題や解決策を明らかにすることを目的とした。

2. 対象と方法

東京都大田区、東京都北区、埼玉県鳩山町、群馬県草津町、滋賀県近江八幡市、大阪府、兵庫県養父市の6つを対象地域とし、各自治体において介護予防事業に携わっている自治体職員に対しヒアリング調査を行った。さらに、各自治体職員ならびに国立長寿医療研究センター研究員、東京都健康長寿医療センター研究員、地域医療振興協会の有識者が本調査課題について協議した。

第1回委員会は、平成30年1月25日に、第2回委員会は同年3月6日に開催した。第1回委員会では、各自治体職員に下記の調査項目の(1)と(2)についてヒアリングを行い、第2回委員会では主に以下の(3)について、参加者全員で協議した。

なお、各自治体職員には事前にヒアリング調査の質問内容が記載されたアンケート用紙を送付し、可能な限り回答を記入するよう求め、そのアンケート用紙をもとに第1回委員会において各自治体の現状を報告してもらった。

調査項目は以下の通りである。

(1) 地域に在住している高齢者の健康状況や生活実態の把握のための調査実施の現状（今年度または最近数年間で実施した調査について）

- ・調査名目、調査の対象者、調査実施の方法（悉皆、抽出、抽出方法等）、質問項目の内容、回収率、未返送者への対応、回答者への結果のフィードバックの有無、調査結果、実施した調査の活用状況（調査結果に基づく事業実施の状況）など

(2) 一般高齢者に対する介護予防事業の現状（特に注力されている事業や地域の社会資源とのマッチングを図っている事業）

- ・事業名、実施対象、実施方法、社会資源の活用の有無とその内容、実績、課題など。
- ・実施した調査結果はどのように利活用されているのか。
- ・調査結果に基づいた個人および地域へのアプローチはどの程度なされているのか。

(3) 全域的な調査とその調査結果を活用した介護予防事業を実施する上での課題や解決策

- 1) 地域に在住している要介護認定を受けていない高齢者全員の健康状態（虚弱リスク）を把握する上での調査手法とその課題
- 2) 悉皆調査の結果を介護予防事業に活用する方法と課題、提案

3. 結果と考察

(1) 地域に在住している高齢者の健康状況や生活実態の把握のための調査実施の現状

各自治体の調査の概要を別表 1 に示す。草津町、養父市、近江八幡市が、ここ数年の間に悉皆調査を実施しており、その回収率も比較的高かった。草津町、養父市では、悉皆調査において東京都健康長寿医療センター研究所、地域医療振興協会が携わっていた。草津町では、郵送調査と訪問調査を併用しており、悉皆性を重視している調査方法を採用していた。訪問調査の拒否者および無反応者に対しては、1度断られても再度訪問をするとのことであった。養父市では、調査の応答率を上げるためにローカルのケーブルテレビを活用するという独創的な工夫が取り入れられていた。住民の目を惹くよう小芝居によって、調査目的および実施することを宣伝し、その反響は大きかったとのことであった。

近江八幡市では、各回答者の健康状態の査定結果に、コメントを付けて個別に返送し、問い合わせや結果の説明依頼についても個別訪問方式で説明を実施しており、フィードバックに力を入れていた。さらに、市のホームページ上で情報公開し、小学校区単位で設置されているコミュニティーセンターにも閲覧可能な状態で調査結果を置いているとのことであった。報告のあった調査全体を通しての共通点は、ほぼいずれの自治体においても調査の回収率を確保するために、未返送者に対する督促状を送付しているという点であった。

基本チェックリストを調査項目に含めていた調査としては、5 件（4 自治体）の報告があった。東京都北区では、郵送調査ではなく、介護予防把握事業の中で適宜アンケートを実施しており、基本チェックリストと主観的健康感について尋ねていた。対象者は限定的であるが、あらゆる機会を利用してアンケートを実施しており（別表 1 参照）、基本チェックリストの結果を個別または集団で説明した上で、事業を紹介したり、総合相談指導へとつなげたりして、アンケートを有効に活用していた。

また、鳩山町の調査は悉皆調査ではなかったものの、①一般高齢者を対象とした調査、②居宅要介護（要支援）認定者を対象とした調査、③要支援・要介護認定者で調査対象月に施設入所または入院している者を対象とした調査を同時期におこなっていた。一般的な意味での悉皆性（全住民の把握）はないものの、要介護認定を受けていない元気な高齢者だけでなく、要支援認定者、要介護認定者、施設入所や入院している者など、その地域に住むあらゆる状態・状況にある高齢者を万遍なく把握しようという意図の調査を実施していた。

(2) 一般高齢者に対する介護予防事業の現状

一般高齢者に対する介護予防事業の現状の概要を別表 2 に示す。自治体間で共通するコンセプトがいくつか抽出された。それらは、①虚弱（フレイル）予防（東京都大田区、埼玉県鳩山町、兵庫県養父市）、②通いの場（埼玉県鳩山町、群馬県草津町、兵庫県養父市、居場所づくりという表現を含めると滋賀県近江八幡市）、③人材育成・養成（埼玉県鳩山町、滋賀県近江八幡市、兵庫県養父市）であった。これらのコンセプトからは、自治体が注力している介護予防事業の趣旨・内容がうかがえた。地域または地域課題は異なっても、おおまかな取り組みの方向性は共通していると考えられた。

本事業のテーマである虚弱（フレイル）予防に関連した事業として、埼玉県鳩山町（はあとふるパワーアップ教室、さわやか健康教室）および兵庫県養父市（フレイル予防教室）では、フレイル予防あるいはその改善を目的とした回数制の教室・講座を開催していた。参加者が教室終了後にフレイル予防を継続できるよう、鳩山町では地域の受け皿、養父市では参加者の自主化に力を入れている。また、両地域ともに教室を担える人を育成・養成するといったことにも尽力している。

東京都大田区では、鳩山町および養父市とは違うアプローチで虚弱予防に取り組んでいる。すなわち、区役所職員、研究者、地域包括支援センター、特別出張所、シルバー人材センター、社会福祉協議会、シニアステーションの職員や、地域住民である民生委員、自治会・町会の役員、シニアクラブ、地域活動を行っているキーパーソンのほか、地元の企業（スポーツクラブ、薬局、スポーツ推進委員）などの方々と地域で実践できる虚弱予防策について協議し（会議を概ね月 1 回、定期開催）、地域全体のフレイル該当者率を下げることを目標に事業を進めている。この取り組みを 3 つのモデル地区で進めているとのことであったが、いずれの地区においても、地区内にフレイル予防に関するポスターを掲示しつつ（地域の掲示板、高齢者が集う場、店舗）、コミュニティ会議メンバーが主催する「運動＋食事のイベント」を開催し始めたところであるとの報告であった。

東京都北区では、自主グループが長く活動を継続できるよう支援する事業に力を入れているとの報告があった。社会参加の継続については介護予防につなげることを意図した事業であるといえる。さらに本事業が実施されていることによって、新たな自主グループも立ち上がりやすいことがうかがえた。

滋賀県近江八幡市からは 5 つの事業に関して報告があった。これらの事業内容の詳細は省くが、いずれの事業も単独で計画・実施されているものではなく、つながりをもって実施されていた。例えば、地域活動と人材育成事業および 0 次予防事業において育成された人材が、生活支援体制整備事業の中でつくられた社会資源や脳活カフェ（軽度認知症支援事業）の運営などとマッチングされよう、大きな視野から事業が構成されていた。

(3) 全域的な調査とその調査結果を活用した介護予防事業を実施する上での課題や解決策
委員会における協議の結果から抽出された課題とその解決策を以下に示す。

1) 地域に在住している高齢者全員の健康状態を把握するための調査手法とその課題

① 調査の目的について

課題

調査の意図を明確にして調査結果の活用方法を示さないと、調査実施側（行政）、調査を受ける側（住民）ともに行動変容にはつながらない。

解決策

1. 要介護化の前段階とされる虚弱の状態を住民個人が認識すること、及び行政が地域の高齢者の虚弱化の実態を把握することを目的とした調査とする。

※住民は、虚弱の状態の認識に基づき、自らの要介護化が先送りされるような行動をとることが期待できる。行動とは、自分の考えやニーズに合わせて、友人・家族への相談、行政への相談、主治医への相談、薬局や民間事業機関等への相談を通じて、セルフケアを実践するとともに、公的サービスや民間サービスの利用、地域の団体・グループ・住民同士の活動への参加などである。

※行政は、把握された実態に基づき、地区の高齢者の要介護化が先送りされるような事業を計画、実施する。すなわち、ハイリスク者への個別のアプローチやハイリスク者に限らず、リスクが高くない元気な高齢者をも含めての虚弱予防活動を行い、地域全体の健康レベルを底上げしていく事業を実施する。

2. 調査票には、質問項目だけでなく、介護予防に関連する情報や用語の説明も同時に記載する。この方法を採用することで、調査回答・返送者だけでなく、調査票に目を通した未回答・未返送者へも情報を発信し、地域住民全体としての介護予防への理解度が高まり、行動変容にプラスに働くことが期待できる。

委員の発言内容

- ・調査の目的として「住民の生活実態をしっかりと認識する」ということがあげられるが、「誰が」認識するのかということも考えないといけない。1つは行政が認識するということ、もう1つは回答者本人に自分の状態を認識してもらうこと。ご本人に認識してもらうことにつなげないと行動変容にはつながっていかないと思う。
- ・大阪府が平成 28 年 9 月に実施した「高齢者の生活実態と介護サービス等に関する意識調査」の調査票は大変参考になり、調査の副次的目的がうかがえた。調査票には質問項目だけでなく、介護予防に関連する情報や用語の説明も記されている。単なる調査票ではなく、情報提供、情報発信をも意図した構成で調査票が作成されていることが特徴的な調査票で

ある。調査回答・返送者だけでなく、調査票に目を通した未回答・未返送者へも情報を発信することが出来るよう構成されている。このような調査票は、受け取った側に多くの情報を提供し、高齢者に関わる国のサービスや地域の情報を知る意味での教育的資料にもなる。さらに「書かれている内容について自分で調べてみよう」「窓口に問い合わせよう」という行動を促す可能性があり、調査票に目を通した者の意識、行動変容のきっかけになるかもしれない。本調査票の構成は注目に値するものであり、他の自治体も今後調査票を構成する上では大変参考になるものだと思う。

② 悉皆調査および記名式調査法について

課題

1. 人的体制と経費の問題
2. 応答率をできるだけ高めるための工夫
3. 調査の目的、活用のされかた、調査回答者が得られるメリットを調査対象者に伝え、理解してもらうための工夫
4. 未回答者への対応をどうするか（次の③で取り上げる）
5. 収集したデータをいかに活用し、個人を地域の社会資源へとつなげるか（次の④「調査結果の返し方」で取り上げる）

解決策

1. 悉皆調査は、地域の実情や予算に応じて、郵送または郵送＋戸別訪問との組み合わせで行う。訪問した場合は不在、拒否の情報を含めるとほぼ悉皆的に情報が入手できる。郵送の場合の調査票の回収や、訪問調査員への地域住民の活用は地域の事情により判断する。
2. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査との実施時期の接近や調査項目の重複を避けるために、同ニーズ調査と兼ねて実施する方法も考えられる。
3. 地域で悉皆的な調査を記名式で行うためには、記名式にした理由および調査結果の活用方法を、自治体（実施主体）側が明確にする必要がある。調査を受ける側（住民）にそれらを伝えることで、応答率もあがると考えられる。また、調査対象者から何らかのコンタクトがあった時（問い合わせや苦情）もその機会を利用し、調査の趣旨を説明するチャンスを逃さないようにする。
4. 調査対象となる住民の理解と協力を得るために、調査の開始前にケーブルテレビや広報などの媒体により調査の趣旨、内容、結果のフィードバック、データの活用等を十分に周知する。

5. 調査項目の内容や選定も重要である。応答率をあげるために、調査票の全体量（質問の数）を必要最低限なものにとどめ、回答者の負担を減らす。記名式調査においては、特に調査項目の内容には留意が必要である。教育歴や収入等のセンシティブな項目については、調査実施前に関係者間で十分に検討する必要がある。

自治体職員の発言内容

- ・ 悉皆調査は、地域課題とかどういった事業を展開していくか、施策を作っていくかという指標になるので、非常に実施する意味はある。
- ・ 一足飛びには何もができないが、ポピレーションアプローチができる場を作ったり（歩いていける場）、悉皆調査の結果をもとに、この町をどうしていくかということに住民や関係機関と話しながら関わりをもって進めている。そのための悉皆調査には非常に意味がある。
- ・ 悉皆調査をするとしたら対象区民が多いので（全体の人口も 52 万超えているような中で高齢者の方が 10%～11%程度）、お金がいくらあれば記名式で全域的な悉皆調査が出来るのかといった意味で、やはり非常に難しいと思う。しかしながら、そのような状況の中でも、少しでも多くの住民の現状を把握するという事は必要なことだと思う。拠点に来られる人ばかりではないので、身近なところにしか行けない方々をどのように把握して、どのように社会資源とつなげていくかというのも課題である。
- ・ なぜ記名式なのかという苦情や疑問が出るのは当たり前。何の目的で記名式にしたのかを、自治体（実施主体）側が明確にし、伝えることが大事。
- ・ 全域的な調査の実施を小芝居にしてケーブルテレビで宣伝した。効果、反響が高かった。
- ・ 調査結果がどう活かされていくのかをきちんと理解できるように伝えることが大事。
- ・ 自分がこの調査票に答えると、それが何にどう影響し、得をするのかということまでをきちんと住民に伝えられると協力するという事は肌で感じている。
- ・ この調査は絶対に住民の役に立つ、こういうように活かされているといったことが明確に示せば自治体も動きやすい（記名式調査を実施しやすい）。
- ・ 調査に回答することで回答が得られるメリットを伝えることの影響は大きい：われわれの地域では、ジムに行って自分のお金は使いたくないけれども、健康は維持したいから体操教室には行きたいという高齢の人が多。われわれの自治体では、いろいろな事業の中で 65 歳以上であれば教室参加者の定員がいっぱいになるまでは、誰もが受講することができる体制が整っているため、高齢の住民はそれを非常にありがたいと言ってくれている。こういった事業の中で「このアンケートに答えてくださると、皆さまの健康づくりをもっと応援できますよ」ということを伝える。応援というのは、例えばこういった体操教室などの事業に助成金や予算だとかを使っていいとか、国から介護予防のための予算がさらにおりてくるとか。このアンケートに答えると、こういったことに影響を及ぼす可能性が高くなると思えば、皆さん積極的にアンケートに回答したり、何かを書いたり（自由記述）してくる。自分が得するという話になれば、皆さんの目の色が変わる。

- ・無関心な人たちは調査について知らないから答えないというところもある。そういう意味では、逆に口コミを利用する手もある。行政だけではなくて色々なかたちで伝播させるというのが、非常に人口のたくさんあるところ（住民主体のグループ、活動的な町会・自治会やシニアクラブ、キーパーソンなど）では影響力が大きいと思う。
- ・自分には全く関係ない、このような役所から来るものは無視する、知ったことではないという方々からすると、記名式の調査票が届いたときには、多分苦情というかたちで電話がくると思う。ただ、苦情というかたちでコンタクトがあった時に初めてそのような方にも、きちんと記名式の理由や調査目的をお伝えできるきっかけになる。われわれが以前行った調査の時にも、私の聞いた話では応答率が50%だったところで督促を出したらお問い合わせがぐっと上がったと聞いている。問い合わせがあった際に説明をすると分かった、そういうことだったらということで回答してくださる人もいた。自分の中に調査の意義を取り込んでもらえるように行政側がアプローチすると、相手もそれに応える、そういう真面目な世代の方たちを対象に調査や事業を行っているのだと認識している。
- ・肺炎球菌のコマーシャルのように、国が「この時期は、何歳以上のかた全員に、記名式での調査（悉皆調査）をします。こういう意味合いで調査を行います。ご自宅に調査が届きますので」といったようなコマーシャルを流してPRしてくれるようなことをしてくれたらいいと思う。調査対象者も回答しないといけないといった気持ちになるのではないか。このように対象者が自然と回答しないといけないといった気持ちになる仕組みがあれば、各自治体がそれぞれ回収率を高めようと試行錯誤したり、調査目的を理解してもらえようお金と時間をかけなくてもよくなるのではないか。

委員の発言内容

- ・悉皆調査および記名式調査は、人的体制と経費の問題が課題になると思う。
- ・コストをかけた割に、ハイリスク者ほど悉皆調査に回答せず、回答しても支援につながりにくいという点も課題かと思う。
- ・悉皆調査、しかも記名式というのは非常に貴重なデータ。これをシステムティックにどう活用していくのがとても重要だと思う。

③ 未回答者への対応について

課題

調査の未回答者の中には、何らかのリスク（虚弱、孤立、閉じこもり等）がある方が潜んでいる可能性は否定できない。そのため、未回答者に対して生活状況や健康状態を確認することが必要である。しかしながら、そのための調査にかかる経費、人員、かなりの期間を要するといった点が大きな課題となる。

解決策

1. 未回答に対する訪問にかかる経費、人員の問題を解決するのは容易ではないが、例えば訪問は行わずに電話対応に切り替え、未回答者の生活状況を確認するといった方法も考えられる。電話がない人、電話に出られなかった人を対象に訪問するなど、ルールや手順を設ける。
2. 未回答者全員に対して戸別訪問を実施するのでは、経費も人員もかかる。他部署や他機関と連携し（例えば、社会福祉協議会、病院、主治医、医療情報など）、出来るだけ多くの情報を集めて統合する仕組みをつくることによって、訪問すべき対象者を絞りこむ。
3. 未回答者、入院、入所者、短期および長期不在者への対応については、一定の取り決めを行う。例えば、未回答者へは電話または訪問して、対応拒否であっても反応があればその情報を記録して調査終了。入院、入所、不在者については1~2ヶ月後に訪問し、その結果をもって調査終了とする。

自治体職員の発言内容

- ・未回答者の中には、元気で地域に出ているような人もいると思うが、地域の中で埋もれている人も多いのではないか。そういった方々にどういったアプローチをしていくのが良いのか（効果的なのか）ということが課題だと思う。
- ・未回答者へのアプローチは重要だと思うが、例えば未回答者を対象に訪問するとしたら、実際には経費（予算）、人員の問題が出て来る上に、かなりの期間も要することになるため（もしも期間が長引けばさらに経費や人員の問題が出て来る）、個別対応は難しいのが現状。
- ・訪問調査は金銭面でも人員面でも課題が多いが、実施すべきとは思っている。数年に一度、悉皆調査において訪問調査を行っている我々だからこそ、その難しさが分かる。訪問調査を実施する度に毎回苦勞するのは、調査員を誰に担ってもらおうかという点。知り合いに来てもらいたくないという住民もいれば、知り合いのほうがいい（心を開く）場合もある。われわれの町は、高齢者人口が2,000人ほどなので訪問調査に行きやすいが、人口規模がもっと多い、あるいはもっと小さいところになると、また違った難しさも出てくるのだろうと思う。数年に一度の訪問調査を繰り返せば、住民も慣れてきて、訪問調査を実施しやすい環境が整う。
- ・金銭面がクリアできたとしても、調査員をどう集めるか、どういう人がいいかというところで、地域の規模が大きくなると調査員の養成自体にもまたお金や時間がかかってしまう。
- ・訪問調査および未回答者への訪問調査に関して、調査に回答してもらおうというのは目的の1つではあるが、その人と接すること自体の意義も大きい。われわれの自治体では、訪問を1度は断られ、話が出来なくても再度訪問することになっている。それほどまでしても、接することが重要であり、拒否であれば、それも大きな情報となる。

- ・訪問することで久しぶりに他者との交流をし、閉じこもっていた人が社会参加のきっかけをつかむことがある。
- ・接することができない人、訪問を拒否している状況であったとしても、それ自体が大きな情報になる。何か事件があったときに、この人はこうだったという情報が役に立ったりもする。6/1 調査といって全国で民生委員さんが1人暮らしのお年寄りの調査に行っているが、それと同じぐらいの訪問調査は実施したほうがいいと思う。

委員の発言内容

- ・以前、大きな幾つかの自治体の中で、実際に未回答者への訪問に行ったことがある。民生委員や地域包括支援センターの職員に同行させてもらい訪問をしていると、割と大半の方は元気だった。特別の理由も無く回答していないという方が非常に多いという印象があったので、そうすると他部署との連携をどうするかが鍵になるのかもしれない。
- ・他部署との連携として、社会福祉協議会といった部署との連携をとるのも1つの方法。他には、例えば医療情報との連携や、医者にかかっている方もいるので、例えば未回答者をやみくもに訪問するというのではなく、医療情報や医療機関などから色々なデータ、各部署も色々なデータを持っていると思うので、それらを統合したり、社会福祉協議会と連携したりといったかたちでスリム化する。その上で、本当に訪問すべき人のところに行くといった、情報を活用しての未回答者への対応の仕方も重要だと思う。
- ・色々なところとの情報の連携は、大事だと思う。特にその1つとして医療情報。以前実施した調査でも、高齢者の8~9割が定期的に通院していた。健診（調査）を実施すると3~4割ぐらいしか来ない。地域で何らかの体操教室を実施しても3~4割かもっと低いくらいの参加率。こう考えたときに、高齢者が行きたくなくても行くところは病院かと思う。病院に行った際の情報が把握できて、それを行政と情報交換が出来る仕組みがあれば良い。
- ・主治医の先生は健康状態をよく知っているわけだから、その情報を教えてもらうのも1つの方法（そういったシステムや制度があると未回答者の情報を少しでも収集できる）。

④ 調査結果の返し方について（回答者へのフィードバックの方法や内容）

課題

1. 調査結果を返却する際には、健康づくりや虚弱予防に対する個人の意識向上、ならびに行動変容を促すための工夫が必要である。
2. 健康づくりや虚弱予防に対する個人の意識向上、ならびに行動変容を促すためには、その目標に則ったフィードバック内容にすることが求められる。そのためには、虚弱の判定項目、およびそれらの項目から生成される行動変容を促すための指標を示すことが必要である。

解決策

1. 結果の返却とともに地域の社会資源に関する情報提供も同時に行う。そのために、住民が健康づくりや虚弱予防に活用できる地域の社会資源の情報を更新して管理する仕組みが必要である。
2. 個人への結果返却と同時に、地区ごとの集計結果も公開し、行政だけでなく、地域住民もともに虚弱リスク改善のための行動方法、地域の社会資源の活用方法について考える素地を作る。
3. 単にリスクがあるといった結果をフィードバックするのではなく、住民や行政に行動変容の動機付けが効果的に行われるような指標や見せ方を工夫する。例えば、高齢者の興味を引き出すような内容や、ポジティブな指標、デジタルな測定値とアンケート回答との関連性を示す、などの工夫が考えられる。
4. 虚弱判定の項目は、回答しやすくかつ要介護発症リスクとしての妥当性が科学的に検証された質問肢に依るべきである。
5. 調査項目として、虚弱の判定だけでなく、健康行動、生活状況、社会参加状況、社会資源活用のニーズ、健康づくり・介護予防に対するご本人の考えや希望も含める。

自治体職員の発言内容

- ・調査に回答した人は、自分はどうだったかということが気になる部分ではあると思うので、しっかり個人結果を返していくことが大事。
- ・個人結果を返却しただけでは意味がなく、それに付随して、その人が今後どのようにしていけば良いかということを示すべきである。
- ・重層的な結果返却により（個人、地区、地域全体）、それぞれの課題（個人の課題、地区課題、地域課題）を考えるきっかけづくりになることを期待している：個人結果を返却された人は「自分はこうだった。では、自分の住んでいる地区はどうか」ということに目が向くかもしれない。そういったことも踏まえ、各地区にも地区ごとの結果を返却する。地区単位での結果も返すことで、それぞれの地区における課題について、居住者と一緒に考えるきっかけにしてもらいたい。また行政以外でも、例えば、社会福祉協議会が介護予防や生活支援に力を入れている部分もあるので、このような団体や地区の主要なところにも情報提供をして、それぞれの立場で考えられる機会になればいい。
- ・東京都健康長寿医療センター研究所との共同事業で実施している毎年の高齢者を対象とした集団式の介護予防健診については、毎年結果説明会を開催し、分かりやすい簡易な個人結果表を返却している。こうした個人へのフィードバックを、悉皆調査においても回答者全員に行うことが出来れば良いと思う。

- ・上記の健診結果説明会には、毎年参加する人もいれば、毎年結果だけ受け取りに来る人もいます。毎年あるいは数回でも健診を受けている人は、結果の経年的変化が分かる。ちょっとずつ落ちていっているというの分かるし、それはわれわれの方でも分かる。心配という方については、健康運動指導士による2~3カ月間に渡る健康づくりの体操教室を紹介する。結果返却や結果説明会を開催することによって、必要な人をこのような事業につなげる機会になっている。

委員の発言内容

- ・調査の目的として、住民の生活実態をしっかりと認識するということがあげられるが、「誰が」認識するのかということも考えないといけない。1つは行政が認識すること、もう1つは回答者本人に自分の状態を認識してもらうこと。ご本人に認識してもらうことにつなげないと行動変容にはつながっていかない。
- ・特に記名式での調査を実施するのであれば、結果を分かりやすいかたちで回答者に返していくシステムを構築することが必要。
- ・郵送式のアンケート調査の結果や基本チェックリストもそうだが、回答者は「自分で答えたことに対してその結果を返されても分かっているよ」というような反応で、なかなか行動変容につながらない。したがって、その辺りの見せ方というのをかなり工夫しないと、アンケート調査の結果を返して行動変容に結び付けるということは難しい。
- ・一定のアルゴリズムを使って、それらしくリスクを見せていくのか、あるいは年齢標準に比べてあなたの立ち位置はここだからもう少し頑張りましょうといったようにリスクを見せていくのか。何らかの物差しを入れながら結果を見せていかないといけない。ただリスクがありますと言われてもなかなか響かないのではないかと思う。その点を示せるような統一した指標を使ったデータベースの作成が必要ではないか。
- ・リスクがあるかどうかという伝え方よりも、高齢者の興味を引く、高齢者に響くような結果返却の内容を考える。その内容に即したデータベースを作成し（測定項目と測定方法、結果返却のための基準値などの作成）、回答者あるいは健診受診者に結果をフィードバックする。例：血管年齢、脳年齢、この町の中であなたは何位です、など
- ・リスクがあるといったネガティブなアウトカムでなく、ポジティブなアウトカムを使うほうが良いかもしれない（回答者への伝え方、表現の仕方）。例えば、健康寿命があとどの程度あるかとか、今から健康で生きられる期間とか、長寿を達成できるような予測の結果返却とか、そういう何かポジティブな指標は考えられないか。
- ・虚弱（フレイル）をどのような項目で判定するかを検討する必要がある。また、その他にどのような調査項目をアンケートに含めるかといったことも考える必要がある。
- ・これまで見てきた経験上、デジタルな結果に敏感に反応しやすい。例えば、歩行速度や握力の数値、機械で測ったものの数値など。一方、アンケートの回答から返却されるような表現の結果は、右から左のような感じで聞き流されてしまいがちなところがある。そのた

め、アンケート結果のフィードバックをする場合には、デジタルな結果とアンケート回答との関連や相関の強さに関する説明することが必要なのではないかと感じる。アンケート結果の解釈の仕方を、デジタルなデータも使って、分かり易く明確に説明する。そうすることで、アンケート回答の結果も、ご本人にとっては重要な情報であることを理解してもらい易くなると思う。

例1： 1キロメートル連続で歩けますか、階段不自由なく昇れますか、といった質問自体は、本来は歩行の速度などで測るのが一番良いが、それを簡便に測るための質問が上記の質問であり、実際に質問の回答と実測値とは非常に強い相関がある、など。

例2： 認知機能の状態をアンケートで聞くとして、例えば買い物の時に買う予定であったもののうちの3つ以上のものを買忘れしたりしませんかという質問と認知機能検査の数値とを比べると、このくらいの相関がある、など。

- ・調査を実施することにより、健康意識に変化がみられる人も一定数はいる。そのような高齢者がいた場合に、その変化をすぐに行動へとつなげられるような体制が整っていることが重要。このような住民が利用できる地域資源になる受け皿を発信できる体制を整え（地域資源一覧、相談先）、そういったものをタイミングよく情報提供していくのも行動変容に結びつけるための1つの重要な方法ではないか。
- ・フィードバックされた結果を見て、その後どうしたらいいのかと言う人も多い。自治体は介護予防事業だとか、すでに活用できる資源になるような受け皿といったものを資料としてまとめて結果返却の際に活かして欲しい。
- ・個人への結果をうまく返していくことが大事。それは特定高齢者施策では出来ていなかったところと思うので、あなたはAタイプ、Bタイプのようにして、地域資源もこのようなものがあるというかたちで可視化してくと、もしかしたらきっかけを探していた人は、「ああ、じゃ、ここ行ってみよう」というふうに行動するかもしれない。

2) 悉皆調査の結果を介護予防事業に活用する方法と課題、提案

① 効果的事業につなげるための調査データの活用方法と課題

課題

1. 全域的な調査を行っても、調査の担当部署が全体の集計結果を出して報告書を作成しているだけで終わっている場合が多いと思われる。収集されたデータの分析、分析結果の解釈をアシストしてくれる人、機関、システムが必要である。
2. 調査担当部局と介護予防事業の部局が異なる場合がある。

解決策

1. 地域特性に応じたデータ分析と事業展開の相談ができるシンクタンク（大学、研究機関、データ分析支援センターのような専門機関を各都道府県に設置）の整備と、職員向けの研修等の人材育成を継続して行うことが重要である。
2. 既存の地域診断システムの活用（国保データベース、地域包括ケア「見える化」システム）や、より使いやすい新たなるツールの開発方法が望まれる。

例1：地域包括ケア「見える化」システムで、住民全体の回答データを地区情報とともに登録すれば地区ごとの虚弱リスクの実態が比較表示できるような機能を持たせる。同時に、虚弱リスクの実態に応じた介護予防事業の重点や各地での実践例の提示を行う。

例2：KDB システムに虚弱リスクなどの介護関連情報を加えて、国保課以外にも地域包括支援センター等で活用できるようにする。
3. 調査担当部局と介護予防事業の部局が連携することが必要である。また、調査データを十分に活用できるよう、その他の関連部局や組織と情報共有する体制、情報の取扱い規定を作る。

自治体職員の発言内容

- ・調査項目一つにしても、どのようなものを使用したら良いのか分からない。どのような項目を調査に取り入れたら、今実施している事業や取組、活動が本当に効果的なのかを知ることが出来るかが分からない。
- ・地域課題に則した、効果的な事業を実施していきたい。一般的な項目（指標）以外にも、地域に則した項目を調査に含めることで、生きた調査になる。今まで、どのような項目を入れたら良いのかが分からない、項目に自信が持てないといった不安があったが、数年前より東京都健康長寿医療センター研究所との共同研究事業により、調査の実施およびデータ分析を研究所が実施しており、調査データを活用できているという安心感が生まれた。調査項目1つにしても、アドバイスをもらうことで自信をもって調査が実施できたり、安心して事業を始めて進めることができた。
- ・データを取るだけの調査は、お金がかかるだけで本当にもったいないし、何かにつながらないと調査は実施したくない。このこと自体、データを分析してくれたり、結果の見方をアシストしてくれたりするような関係機関がないと分からない。本当に気付かないで終わってしまうと思う。だから、それぞれの自治体が本当に調査データを活用できるようなシステムや人的支援が相まったらうまくいくのではないかと思う。
- ・郵送調査と介護予防事業は別の課が担当している。つまり、高齢者を対象とした『調査』と高齢者を対象とした『事業』を担当している組織が異なっており、二分されている状況がある。そのため、調査結果を高齢者の介護予防事業に活かせていない。双方の連携がう

まく取れていないのは課題としてあがっており、うまく連携していくための方法を検討していくための委員会が立ち上がろうとしているところである。

- ・40歳台の健康づくりにおいても、フレイル予防に取り組んでいる。健康づくり課とどう連携をとり、高齢期のフレイル予防とつなげていくかが今後の課題の一つ。
- ・地域に社会資源があまりないという現状がある。このことと、悉皆調査の結果も参考にし、地域づくりを踏まえた生活支援の互助的な場へと住民をつなげる必要性があるという課題や目標は出ている。そのため、今は地域ぐるみでの展開に力を入れている（歩いていける場づくり）。住民がその場に出て来るような施策を展開し、行政区で皆が頑張っていたら体力測定の結果が上がり、それだけでなく、自分の健康づくり応援手帳（体力測定の結果や介護予防のチェック項目の回答を自分で記入することができるセルフケアを目的とした手帳）の見方や解釈も自分で出来るようになることにつながってきている。
- ・福祉連絡会（社会福祉協議会と地域住民の方と地域包括支援センターの職員とか、色々な機関が集まって会議をする）というのを開催しているが「調査の結果はこのようであり、われわれはこういう町を目指して生きたい」という大きなビジョンをこの会議で示している。調査結果は、そのビジョンを実現していくためにはどうしたら良いかを考えていくきっかけになっている。
- ・われわれの自治体には、要援護者台帳というような地域の中での見守り体制のようなものがあり、何かあった際には自分はここの部屋にいるということや、独居のかたも助けて欲しい時はどうするかとか、隣近所の人とか地区の人に知ってもらいたい情報をマップにまとめてある。そのマップには提示できない人も、上述した福祉連絡会にあがってくる。この人は何の情報も出してないが大丈夫かといった話ができる情報共有、情報交換する機会になっており、年に2-3回こういった機会がある。こうした会議においても、調査結果を踏まえながら小さい単位の地域で見守りや互助的な取り組みの議論につながられているので、色々な関係機関と情報を共有することは本当に必要だと感じている。

委員の発言内容

- ・調査を実施し、単純集計しただけで終わってしまっている自治体が多いのではないかと感じる。いくつかの自治体と共同で研究を実施してきている経験上、収集した調査データが十分活用されていない、どう活用していいかその手法（分析方法等）が分からない自治体が多いと感じる。収集したデータをうまく活用できる仕組みを国ベースで、あるいは個々の自治体でつくることも必要ではないか。この点を解決できれば、多くの自治体が調査データを、今よりも事業実施において活かせるようになる。
- ・収集したデータをきちんと活用するには、研究機関との連携、シンクタンクやコンサルティング会社への依頼・協力要請などが必要ではないか。
- ・全国の自治体は、国保データベース（KDB）システムを上手に活用できているのか。KDBには国保情報と介護の情報と後期高齢者の情報が入っており、それで地域診断をしたり、個人

へのアプローチをしたりという構想があるが、それを実際に上手に使っている自治体は少ないのではないかと。KDB システムを扱う担当者は使い方を知っているが、地域で高齢者と接することが多い、高齢者の事業を地域で実施している保健職は、KDB システムの使い方を知らない、見方が分からない、ということがある。こういった今あるシステムを活用できるよう、その支援や体制が整えられると良いのではないかと。

- ・厚生労働省で地域包括ケア「見える化」システムを市町村に公開、活用できるようにしているが、本ツールの使い方や上手な活用方法を全国の自治体に普及し、各自治体が存分に活用できるような体制が整うといい。

※「見える化」システムの現状：①登録して使用している自治体も徐々に増えている、②都道府県とか市町村の保険者向けにしか使えない機能もあれば、国民全員誰でもインターネットを開いて ID を取得すれば市町村間の比較や高齢化率など、特定の項目を見ることができる。

- ・縦割り行政の中で苦しんでおり、何らかの根拠となる資料が欲しいと思っている自治体も多い。そういった声に応えるために、例えばデータセンターに全国のデータを蓄積して、外から見たわが町がどうなのかということはある程度客観的に示すことができる。そうすれば、周りに対してうちの町はこういう状況だから、もっとここをやらなくちゃいけないというような武器になると思う。そういったツールの作成というものを検討いただきたい。
- ・KDB システムも「見える化」システムも公開されているが、誰もが楽に使えるようなワンクションがデータセンターで担えれば、もう少し使い勝手がいいというか、活用しやすいツールとなるのではないかと。
- ・仮にデータベースが作成されたとしても、それを現場がうまく使いきれないという状況に陥ってしまうと思う。したがって、各都道府県に1か所ぐらいは、こういったデータに関して支援するようなセンターみたいな機関を国でつくってもらおう。出来ればそこに責任を持たせるかたちできちんと事業を回していけるような仕組みをご検討いただきたい。
- ・地元の学識者に協力してもらおうというのも1つの方法。こういった方々の知恵も借りるという意識が現場では不足しているのではないかと。アドバイスをもらったり、計画に関する色々なことをアシストしてもらえよう、地元の国公立大学等の先生と協同する。この方法であれば、自治体にとってはもちろんのこと、大学にとっても地元・地域への貢献になるし、良いのではないかとと思う。
- ・自殺対策については、国の自殺対策総合支援センターが全国の市町村向けに、各地の自殺のプロファイルのたたき台（地域の自殺の特徴、必要な対策など）を作って、まず自殺対策総合支援センターから都道府県に情報を回している。本分野でも、こうしたたたき台を、国が示して、それを実際に自治体で運用したり、解釈を加えていく段階で地元の大学の先生にも対応してもらおう。こういった対策というのも一つの方法ではないかと。

② 今後の介護予防事業についての提案

課題

全域的な調査を生かすために、無反応層（閉じこもり、孤立など）も含めて、どのような戦略的アプローチや工夫が考えられるか。

提案

1. ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）を利用した健康づくりの継続的支援や、健康づくりの意識向上、行動変容を促すようなサービスを開発する。
例えば、現時点で健康づくりに励んでいる高齢者が、今後も継続的に取り組めるよう自分の測定値（握力やスクワットの回数など）データが管理できるアプリ等が考えられる。その他にも、質問に回答していくと自身の虚弱リスクの結果が瞬時に表示されるようなサービスを開発し、提供する。人と接することが嫌いな人や、閉じこもり、孤立している者も利用することが期待できる。
2. 健康づくりに対して無関心な層に対しても届くような、以下のアプローチが考えられる。
 - ① 多くの高齢者が通院していることから、医者や医療機関と連携して、高齢者を地域の社会資源へと促す流れをつくる。
 - ② 健康づくりとは関連のない趣味やボランティア活動をしている団体、組織に働きかけ、活動の合間に体操等の健康づくりを取り入れる機会を提供する。
 - ③ 地域の社会資源と連携し、地域で普通に暮らしていたら自然と健康になってしまったというような仕組みを作る。食事は誰もが摂るので、食と絡めた仕組みは利用してもらえる可能性が高い。
例：薬局でお口の体操をしたらポイントがたまり、お食事券チケットがもらえる。
例：民間企業や飲食店と共同して「共食＋体操」を広める。
 - ④ リスクが高くない元気な高齢者を含めての虚弱予防事業を住民が歩いていける場で実施することで、無反応層の情報を得ることもある。男性が地域に出てくるような事業、例えば体力測定会など男性の興味を引く内容を採り入れる。
3. 健康意識や健康行動の調査結果に基づき、住民のタイプを類型化し、それぞれのタイプに適したアプローチ方法を探る。
例：健康診断の結果返却に際して説明会を実施している自治体では、説明会に参加する人、結果のみ受け取りに来る人、結果を受け取りに来ない人、健診自体を受けない人という類型化が可能である。

4. すでに地域とつながっていて今現在元気な人に対しては、自助と互助の力でその状態を継続できるような支援体制をつくり（住民同士の見守りを含む）、調査や住民などから把握されたハイリスクの人に対しては、近隣住民と連携を取りつつ専門職がすぐにアプローチできる体制や仕組みをつくる。

自治体職員の発言内容

- ・個人への結果返却（個人へのアプローチ）も大事だが、調査データの結果を活用して地域全体の意識を上げ健康度を底上げしていくという取り組み（集団へのアプローチ）も大事である。
- ・地域の中に1か所であったとしても、歩いていける場所に活動（事業）があることが重要だ。その場所で調査の結果を紹介したり、プラスで数項目の簡単な質問に答えてもらいながら、自分のリスクも知ってもらう機会にもなっている。調査に返答しないような人（閉じこもり、孤立）の情報も得ることができるため、情報収集の場にもなっている。
- ・地域に出て来ていない人をほったらかしにはしていない。来られていない人には、地域で把握したものを持って、包括支援センター職員や保健師がその方にアプローチをするという2段階、3段階の関わりが必要である。
- ・地域の中で、すべての高齢者が体力測定を行うことができる仕組み・体制を整えたい。やはり自分の健康を自分で管理するということに意識がいかないと、本人のやる気がない限り、いくら介護予防・フレイル予防が大事だと言っても駄目。定期的に体力測定をおこなえる環境があることで、健康づくり意識、健康管理意識を持ってもらいやすくなり、介護予防にも結び付いてくると思う。
- ・地域の高齢者全員が体力測定を行なえる場（歩いていける場）を作りたい。ただ、われわれの自治体には16万人の高齢者がいるので、全員というのはなかなか難しいところ。そこで、まずは現時点で自分で健康づくりを頑張ってくれている方々には自分で頑張ることの仕組みだけはそのまま残しつつ、そうでない方々に対してどういった仕組みをつくっていくかということが課題である。
- ・一般高齢者に対して介護予防、フレイル予防の事業を実施すると（体操教室など）、それをもう少し頑張りたいという人も出てくるし、自分の体操実施情報をきちんと管理したいという人も出てくる。今までは何となく良さそうだから参加していたという状況から、事業に参加した結果どうなったかということや、やっぱり把握したいという人が少しずつだが増えてきている。また、体操をどのくらいやったか（何回あるいは何分おこなったか）、といった自分の情報をきちんと自分で管理したいという気持ちも出てくると、それを手で記録していくのは面倒くさい。したがって、こういったものが自動的に記録できるようなアプリ等を開発できないか検討をはじめの予定。自分の頑張りがきちんと見えるようなかたちでデータ管理できるようになり、それを高齢者一人一人が簡単に扱えるようになると、もう少し健康に対する意識が進むのではないかと。

- SNS の活用も高齢者を対象とした生活支援事業では 1 つの方法かもしれない。われわれの自治体では、70 歳以上の方には「高齢者見守りキーホルダー」に登録してもらうシステムを作っている。事前に管轄の地域包括支援センターに個人情報を入力した申請書を提出し、登録が済むと、登録情報（個人情報）に対応する「個人番号」の入ったキーホルダーがご本人に発行される。キーホルダーには、担当する地域包括支援センターの電話番号と、「もし私の身元がわからないときは、ここに連絡してください」というメッセージが添えられている。キーホルダーは外出時には持ち歩くようにしてもらうもので、もしも、出先で突然倒れたり、具合が悪くなったり、緊急搬送された場合などに、迅速に住所、氏名、緊急連絡先、医療情報などの確認が行えるという仕組み。登録するかしないかは本人の自由だが、登録をしない理由としては、まだ行政にはお世話になりたくない、あまり関わりたくないというのがある。他には、自分はまだ元気なのだというバロメーターのために、本当は必要であるのに（客観的にみたらそういう状況であるのに）あえて登録していない人もいる。

こうした見守りキーホルダーのような仕組みの中で、それぞれの登録者のデータがきちんと管理できるようになると、把握しなきゃいけない人（調査未回答者、社会的孤立者、閉じこもりの者など）も徐々に増えてきて、その方を必要な事業（教室や講座や色々な事業への参加）へとつなげることも出来るかもしれない。

- SNS でデータ管理ができる時代になっているため、これを活用して対象者を切り分けて事業を行なっていくという方法も一つ。例えば、自分が SNS を利用したサービスに ID 登録すると、色々な質問が出てきて、それに答えていくと自分のフレイル度といったものが分かるだといったサービスを提供する。「じゃ、自分はこう頑張らなきゃいけないな」ということが見えるような、そのようなサービスが提供できるだけでも大きいのではないかと思う。テレビを見ると、健康長寿やフレイル予防（介護予防、虚弱予防）を取り上げている番組も多い。このような情報に右往左往させられている方々がどれほど多いかを考えると、国からそういった基準・基本のような情報が示されると、国が提供する情報だったら信用できるからと言って、健康づくりを頑張る方々も増えるのではないかと思う。また、ここに登録した方々の情報を管理できるようになれば、介護予防事業に参加して欲しい人、そうでない人とを切り分けることもできる。
- 社会参加している人、地域に出て来る人は、女性よりも男性が少ないことは多くの自治体を感じているし、課題でもある。事業で講座などを実施していると、奥様に言われて参加したという男性も結構いる。また、体力測定の数値には、男性が反応する割合が高い。男性が地域に出てくるようにするためには、それを仕向けるための工夫を色々と積極的に行うことが大切。
- 何かの事業を行う上では、声掛けする際の言葉を選んだほうがいいことを実感している。例えば、認知という言葉に敏感に反応する場合があります、その言葉が入ると関わりたくない、参加したくないとか思う人もいる（認知症の初期の人は、この言葉に敏感に反応する可能性があり、そういう方に本当は参加して欲しい事業であっても、言葉選びのせいで逆に遠

のかせてしまう可能性もある)。

委員の発言内容

- ・ポピュレーションアプローチの方が、かえってハイリスクの方を多く介護予防・生活支援事業に参加させることが出来るという事例を多くみている。
- ・もしハイリスクアプローチを採るのであれば、初期の介護予防事業のような従来型ではなく、まったく新しいアプローチが必要になると思う。別途事前にハイリスク者の生活や行動ニーズ、好み（公のお世話になりたくないなど）の詳細を把握し、マーケティングを行う必要があるそう。
- ・ハイリスクで健康診断に来られない人に対しては、住民同士の互助といっても期待はできない。こういう人に対するアプローチとして、住民にエフォートを割いてもらうよりは（地域に出てこない人をどう引っ張り出すかなど）、少し背中を押したら何とかなる人や、今現在元気である人が脱落しないことに、エフォートを割いてもらう、住民同士で支えてもらうことの方が大事なのではないか。
- ・近隣の人に見守ってほしい人をリストアップして、見守りにつなげる。健康づくりという視点と見守りの視点とを一緒にやらなければならない例もある。連携が重要。
- ・調査で浮かび上がってきた本当にハイリスクの人を、これが例えば 5%ぐらいであったとしても地域包括支援センター職員で訪問するというのも現実問題大変なこと。ハイリスクの疑いがあるとしてリストに上がってきた人の近隣住民に、さり気なく見守ってほしい人をリストアップして、そういった住民の方々と連携をとりつつ見守り、ピンチになったときにすぐ専門職がアプローチできるようなアプローチの仕方も考えられる。
- ・多くの高齢者は医療機関とはつながっているので、もしうまく医療連携ができるのならば医者から言ってもらおうとか、「地域にこういう集いの場がありますよ、プラスこういう効果がありますよ」といった横での連携をとることによって、調査データを効率的に活用して介護予防事業につなげることができるかもしれない。
- ・住民の方々のタイプを類型化してアプローチすることも大事かと思う。例えば検診を行なった結果、説明会まで来る人と結果だけもらって帰る人と、そもそも来ない人という 3 パターンの行動だけみても、この 3 つのタイプではかなりアプローチの仕方が変わってくると思う。例えば、①健診結果を自分で積極的に聞きに来るタイプ：大きな心配はないと推測され、また活動のリーダーになれるタイプかもしれない、②結果だけもらいに来るタイプ：健康づくりに関心はあるけれども、リーダーにまではなれないタイプかもしれない。③結果を受け取りにも来ない、あるいは健診自体を受診しないタイプ：元気で問題がない人と、逆に健診すら参加できないような人に分かれると思う。多分、健診結果だけ受け取りにくる人と、訪問しても元気だから放っておいてくれといった人との中間層のかたが、右に転ぶか左に転ぶかで介入しがいのある人（介入するかしないかで、その先が大きく変わってくるようなかた）なのではないか。

- 健康無関心層の人には、単なる体操ベースの教室や講座といった事業よりも、趣味や仕事をしている人であれば、例えばそこに運動や栄養を付加するような機会を提供するのも 1 つだと思う。一つの例として、当研究所が長い間支援している高齢者による絵本の読み聞かせグループがある。活動開始当初は読み聞かせのみの活動であったが、活動を長く続けるために、今はウォーキングを取り入れているグループもある。入口は文科系の活動だが、その他の活動が付加された例である。

Ⅲ. 虚弱のリスクがある高齢者を把握し社会参加を促進するための調査研究【調査2】

1. 目的

調査2では、要介護認定を受けていない地域に在住する高齢者の健康状態、虚弱状態、生活状況、社会参加状況および社会資源活用のニーズを把握することにより、地域における虚弱リスクのある高齢者の割合（出現率）とその生活実態を明らかにし、今後必要な地域の社会資源および社会参加を促進するための方法を検討することを目的とする。

2. 対象

平成29年12月1日時点で埼玉県比企郡鳩山町[※]在住の65歳以上の者のうち(5,739名)、同時点で要介護認定を受けておらず、自宅で生活している65歳以上の者全員を対象とした(5,150名)。本研究では高齢者の虚弱予防を研究目的とするため、要介護認定者は調査対象より除くこととした(589名)。町から氏名・住所情報と要介護認定情報の提供を受け、対象者を確定した。

※鳩山町の特徴

埼玉県の中央に位置する鳩山町は人口約14,338人、高齢化率38.9%（全国平均26.3%）の町である（平成27年度国勢調査より）。埼玉県内でも有数の規模を誇る新興住宅地「鳩山ニュータウン」が1974～1997年に建設され、東京のベッドタウンとして団塊世代の住民が多く住む。人口の約6割が鳩山ニュータウンがある新興地区に住んでおり、土着の住民の多くは旧村地域である今宿地区と亀井地区に住んでいる。

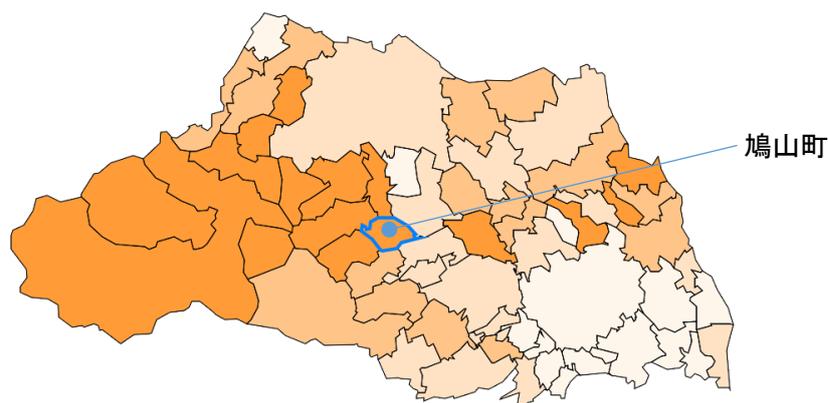
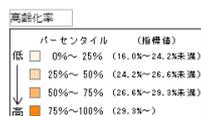


図1. 調査対象地域（埼玉県比企郡鳩山町）

[出典] 厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム（平成30年3月22日取得）
グラフの濃淡は高齢化率（平成27年時点）を示す。色が濃いほど高齢化率が高い。

3. 方法

1) 調査時期及び調査方法

平成 30 年 1 月 16 日に、調査票、依頼文書、返信用封筒を上記対象者に発送した。調査期間は平成 30 年 1 月 17 日から平成 30 年 1 月 31 日であり、平成 30 年 1 月 31 日を第一次締め切りとした。調査票の返送率を高めるため、この間（平成 30 年 1 月 26 日）にお礼兼返送依頼はがきを対象者全員に送付した。最終締め切りは平成 30 年 2 月 2 日とした。

2) 調査項目

本調査では、要介護認定を受けていない地域に在住する高齢者の健康状態、虚弱状態、生活状況、社会参加状況および社会資源活用のニーズ等を把握するため、自記式質問紙を用いて、以下の項目等について尋ねた。（質問紙の詳細は資料編参照）

基本属性	性、年齢、生年月、婚姻状況、世帯構成、就労の有無、世帯年収、世帯の暮らし向き、居住年数、教育歴
虚弱のリスク把握	基本チェックリスト 介護予防チェックリスト
身体的状況	老研式活動能力指標、現病歴・既往歴
日常生活の状況	外出頻度、主な外出目的、主な交通手段、介護の有無、定期的運動、1km 連続歩行
社会参加関連の項目	社会参加の頻度、社会活動性、地域の社会資源の利用有無やニーズ
食生活関連の項目	食品摂取多様性得点（熊谷ら、日本公衛誌、2003）、共食頻度、主食・主菜・副菜を揃えて食べる頻度
地域に対する評価関連の項目	地域共生意識、近隣の紐帯に対する評価
心理・精神的健康関連の項目	健康度自己評価、対人的志向性
地域の事業やグループ活動への参加	食を通じた集まりや健康づくりの場等に対する認知度や、参加頻度

3) 回収状況と回収率

図2に、最終的な回収状況と有効回答率を示した。調査対象者5,150名のうち、3,903名から回収できた(回収率75.8%)。本報告書では、無記入、ラベルはがし、入院・入所中、研究分析に使用することについての同意なしなどの計673名を除いた3,230名(有効回答率62.7%)のデータを用いた解析結果を報告する。

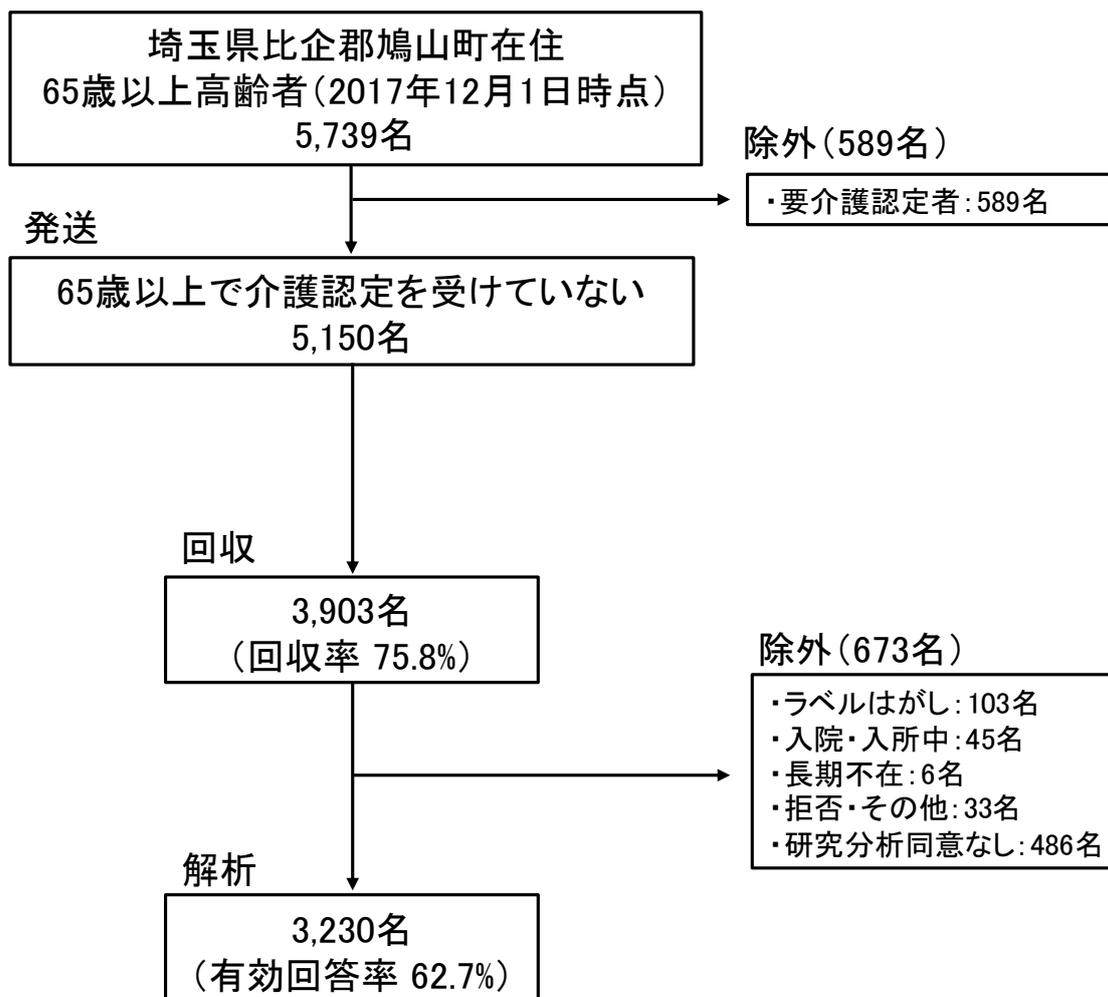


図2. 最終的な回収状況と有効回答率

4) 統計解析

基本チェックリストおよび介護予防チェックリストにより虚弱リスクを判定した。基本チェックリストにおける虚弱リスクの判定は、0～3項目該当を虚弱なし、4～7項目該当を前虚弱、8項目以上該当を虚弱ありとした (Satake et al., Geriatr Gerontol Int, 2016)。なお、基本チェックリストの中の「15分位続けて歩いていますか」の質問項目については、本調査では、「1km ぐらいの距離を続けて独力で歩くことができますか。※1km ぐらいの距離とは、だいたい15分ぐらいの距離です。」の質問項目で代用し、「不自由なく歩くことができる」または「不自由ながらも歩くことはできる」と回答した場合を0点、「できない」と回答した場合を1点とした。介護予防チェックリストにおける虚弱リスクの判定は、4項目未満を虚弱なし、4項目以上該当を虚弱ありとした (新開ら、日本公衛誌、2013)。虚弱の出現率は、性・年齢階級別 (65歳-69歳、70-74歳、75-79歳、80-84歳、85歳以上) に比較した。(基本チェックリスト、介護予防チェックリストの質問項目は資料編参照)

また、地域に在住する高齢者の健康状態、生活状況、社会参加状況および社会資源活用のニーズ等を把握するため、性別かつ虚弱リスクの有無別に基本属性 (教育歴、就労状況、所得、暮らし向き等)、心身の健康状態 (主観的健康観、既往歴)、日常生活の状況 (外出頻度、主な外出目的、主な交通手段、介護の有無、定期的運動、食生活等)、社会参加の状況 (その有無や種類、頻度)、地域の社会資源の利用の有無やニーズを集計・分析した。各項目への回答状況は、カテゴリー変数は χ^2 検定を用い、連続変数はMann-WhitneyのU検定またはKruskal-Wallis検定を用いて比較した (連続変数については、正規性の検定の結果、正規分布していなかったため、ノンパラメトリック検定を用いた)。

解析には、IBM SPSS Statistics version23を用い、検定はすべて両側検定とし、統計的有意水準は5%とした。

4. 結果

1) 性・年齢階級・地域別の応答率、有効回答率（表 1）

・全体の応答率は、73.8%であった。性別の応答率は男女で同程度であったが、年齢階級別にみると、65 - 69 歳、85 歳以上の者で回収率が 69.7%、73.3%と比較的低値を示した。地区別では、本村がニュータウンに比べて、低値を示した。

・有効回答率は、62.7%であり、応答率に比べて約 11%低くなった。調査票の表紙に設けた研究分析への同意記入欄に非同意（または未記入）の者が 486 名もいたことが有効回答率の低下をもたらした。

表1. 性・年齢階級・地区別の応答率、有効回答率

	調査対象	応答* ¹	有効回答* ² (分析対象)
全体	5150	3800 (73.8)	3230 (62.7)
性別			
女性	2528	1854 (73.3)	1601 (63.3)
男性	2622	1946 (74.2)	1629 (62.1)
年齢階級			
65-69歳	1767	1232 (69.7)	1077 (61.0)
70-74歳	1515	1122 (74.1)	984 (65.0)
75-79歳	1015	793 (78.1)	673 (66.3)
80-84歳	494	390 (78.9)	313 (63.4)
85歳以上	359	263 (73.3)	183 (51.0)
地区			
本村	1875	1331 (71.0)	1054 (56.2)
ニュータウン	3275	2469 (75.4)	2176 (66.4)

値は人数（調査対象者に対する応答率）を示す。

*¹宛名ラベルがはがされ、個人識別不可能だった者（n=103）は含まない。

*²調査票を返送した者のうち、宛名ラベルはがし（n=103）、入院中、施設入所、長期不在、拒否、その他の理由により、アンケート未回答または一部記入者（n=84）および研究分析非同意の者（n=486）を除いた人数。

2) 虚弱の出現率 (表 2-1、2-2、3-1、3-2)

・基本チェックリスト(CL)で把握した虚弱・前虚弱の出現率は、それぞれ、男性では 17.6%、30.7%、女性では 16.3%、32.7%であった。年齢階級別にみると、年齢階級が高くなるほど、虚弱の出現率は高値を示し、男女とも 85 歳以上が最も高かった。(表 2-1、2-2)

・タイプ別にみると、認知症、うつの基準に該当する者の割合が多かった。次いで口腔機能と運動器の割合が多かった。一方、低栄養・閉じこもりの基準に該当する者の割合は少なかった。(表 2-1、2-2)

・介護予防チェックリスト (CL) で把握した虚弱の出現率は、男性で 14.6%、女性で 13.7%であった。基本チェックリストと同様、年齢階級が高くなるほど、高値を示した。(表 3-1、3-2)

・タイプ別にみると、男性では閉じこもり、女性では転倒の基準に該当する者の割合が比較的多かった。(表 3-1、3-2)

閉じこもりの割合が、基本チェックリストと介護予防チェックリストで大きく異なった理由は、基本チェックリストでは、外出頻度 (週に一回以上外出していますか) の質問項目のみであるのに対して、介護予防チェックリストでは、外出頻度のほか、「一日中家の外には出ず、家の中で過ごすことが多いですか」、「家の中あるいは家の外で、趣味・楽しみ・好きでやっていることがありますか」、「親しくお話ができる近所の人はいますか」、「近所の人以外で、親しく行き来するような友達、別居家族または親戚はいますか」など質問肢が多く、外出頻度以外の側面からも閉じこもりを評価していることが関連していると考えられた。なお、外出頻度についても、2~3 日に 1 回程度が 0 点、1 週間に 1 回程度以下の場合は 1 点となり、基本チェックリストと基準が異なっている。

・欠損値の割合は、基本チェックリストで男性 10.7%、女性 15.1%、介護予防チェックリストで男性 6.1%、女性 8.5%であり、介護予防チェックリストの方が欠損値が少なかった。(表 2-1、2-2、3-1、3-2)

表2-1. 基本CLによる虚弱リスクおよびタイプ別の出現率（男性）

	全体	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳以上	p*	欠損
人数	1601	499 (31.2)	470 (29.4)	395 (24.7)	167 (10.4)	70 (4.4)	-	
虚弱リスク（基本CL25項目を用いて評価）								171 (10.7)
虚弱なし（0-3項目）	739 (51.7)	255 (55.6)	231 (53.7)	181 (52.3)	58 (42.0)	14 (24.6)		
前虚弱（4-7項目）	439 (30.7)	139 (30.3)	138 (32.1)	103 (29.8)	44 (31.9)	15 (26.3)	<0.001	
虚弱あり（8項目以上）	252 (17.6)	65 (14.2)	61 (14.2)	62 (17.9)	36 (26.1)	28 (49.1)		
タイプ別								
運動器（3項目以上） ⁱ	118 (7.5)	26 (5.3)	25 (5.4)	34 (8.9)	15 (9.2)	18 (28.1)	<0.001	34 (2.1)
低栄養（2項目以上） ⁱⁱ	10 (0.6)	3 (0.6)	4 (0.9)	1 (0.3)	1 (0.6)	1 (1.6)	0.720	46 (2.9)
口腔機能（2項目以上） ⁱⁱⁱ	245 (15.6)	66 (13.4)	65 (13.9)	64 (16.6)	30 (18.6)	20 (30.8)	0.004	30 (1.9)
閉じこもり（1項目） ^{iv}	20 (1.3)	3 (0.6)	3 (0.6)	4 (1.0)	3 (1.8)	7 (10.3)	<0.001	12 (0.7)
認知症（1項目以上） ^v	495 (31.4)	154 (31.1)	135 (29.2)	118 (30.3)	57 (34.8)	31 (47.0)	0.048	24 (1.5)
うつ（2項目以上） ^{vi}	410 (26.3)	113 (23.0)	104 (22.6)	102 (26.8)	58 (35.6)	33 (50.8)	<0.001	41 (2.6)
生活機能（10項目以上） ^{vii}	50 (3.5)	8 (1.7)	13 (3.0)	13 (3.7)	6 (4.3)	10 (17.5)	<0.001	152 (9.5)

値は度数（%）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

- i: 基本チェックリストのNo.6～No.10の5項目のうち、3項目以上に該当
- ii: 基本チェックリストのNo.11～No.12の2項目のうち、2項目すべてに該当
- iii: 基本チェックリストのNo.13～No.15の3項目のうち、2項目以上に該当
- iv: 基本チェックリストのNo.16に該当
- v: 基本チェックリストのNo.18～20の3項目のうち、1項目以上に該当
- vi: 基本チェックリストのNo.21～25の5項目のうち、2項目以上に該当
- vii: 基本チェックリストのNo.1～20の20項目のうち、10項目以上に該当

表2-2. 基本CLによる虚弱リスクおよびタイプ別の出現率（女性）

	全体	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳以上	p*	欠損
人数	1629	578 (35.5)	514 (31.6)	278 (17.1)	146 (9.0)	113 (6.9)	-	
虚弱リスク（基本CL25項目を用いて評価）								246 (15.1)
虚弱なし（0-3項目）	705 (51.0)	292 (56.0)	251 (56.7)	109 (47.0)	41 (35.7)	12 (16.7)		
前虚弱（4-7項目）	452 (32.7)	174 (33.4)	135 (30.5)	85 (36.6)	39 (33.9)	19 (26.4)	<0.001	
虚弱あり（8項目以上）	226 (16.3)	55 (10.6)	57 (12.9)	38 (16.4)	35 (30.4)	41 (56.9)		
タイプ別								
運動器（3項目以上） ⁱ	220 (13.9)	42 (7.4)	40 (8.0)	51 (18.9)	37 (27.2)	50 (47.2)	<0.001	48 (2.9)
低栄養（2項目以上） ⁱⁱ	20 (1.3)	2 (0.4)	4 (0.8)	6 (2.2)	5 (3.6)	3 (3.2)	0.004	74 (4.5)
口腔機能（2項目以上） ⁱⁱⁱ	263 (16.5)	79 (13.9)	81 (16.0)	48 (17.8)	29 (20.4)	26 (24.5)	0.044	37 (2.3)
閉じこもり（1項目） ^{iv}	36 (2.2)	5 (0.9)	3 (0.6)	8 (2.9)	5 (3.4)	15 (13.3)	<0.001	13 (0.8)
認知症（1項目以上） ^v	462 (28.8)	159 (27.7)	123 (24.4)	83 (30.1)	46 (32.4)	51 (46.4)	<0.001	23 (1.4)
うつ（2項目以上） ^{vi}	451 (28.5)	139 (24.4)	110 (22.0)	82 (30.0)	58 (42.0)	62 (60.2)	<0.001	45 (2.8)
生活機能（10項目以上） ^{vii}	64 (4.6)	9 (1.7)	9 (2.0)	7 (3.0)	13 (11.0)	26 (33.8)	<0.001	225 (13.8)

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

i: 基本チェックリストのNo.6～No.10の5項目のうち、3項目以上に該当

ii: 基本チェックリストのNo.11～No.12の2項目のうち、2項目すべてに該当

iii: 基本チェックリストのNo.13～No.15の3項目のうち、2項目以上に該当

iv: 基本チェックリストのNo.16に該当

v: 基本チェックリストのNo.18～20の3項目のうち、1項目以上に該当

vi: 基本チェックリストのNo.21～25の5項目のうち、2項目以上に該当

vii: 基本チェックリストのNo.1～20の20項目のうち、10項目以上に該当

表3-1. 介護予防CLによる虚弱リスクおよびタイプ別の出現率（男性）

	全体	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳以上	p*	欠損
男性								
人数	1601	499 (31.2)	470 (29.4)	395 (24.7)	167 (10.4)	70 (4.4)	-	
虚弱リスク（介護予防CL15項目を用いて評価）								98 (6.1)
虚弱なし（0-3点）	1284 (85.4)	414 (86.3)	396 (89.0)	316 (84.9)	124 (83.2)	34 (59.6)	< 0.001	
虚弱あり（4点以上）	219 (14.6)	66 (13.8)	49 (11.0)	56 (15.1)	25 (16.8)	23 (40.4)		
タイプ別								
閉じこもり（1点以上） ⁱ	666 (43.6)	232 (47.9)	194 (43.2)	154 (40.3)	53 (34.9)	33 (54.1)	0.012	73 (4.6)
転倒（1点以上） ⁱⁱ	561 (35.7)	149 (30.2)	141 (30.4)	143 (37.2)	90 (54.9)	38 (59.4)	< 0.001	31 (1.9)
低栄養（1点以上） ⁱⁱⁱ	546 (34.5)	169 (34.1)	143 (30.7)	135 (34.9)	67 (40.4)	32 (47.8)	0.029	20 (1.2)

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

i: 介護予防チェックリストのNo.1～No.5の5項目のうち、1項目以上に該当

ii: 介護予防チェックリストのNo.6～No.11の6項目のうち、1項目以上に該当

iii: 介護予防チェックリストのNo.12～No.15の4項目のうち、1項目以上に該当

表3-2. 介護予防CLによる虚弱リスクおよびタイプ別の出現率（女性）

	全体	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳以上	p*	欠損
人数	1629	578 (35.5)	514 (31.6)	278 (17.1)	146 (9.0)	113 (6.9)	-	
虚弱リスク（介護予防CL15項目を用いて評価）								138 (8.5)
虚弱なし（0-3点）	1287 (86.3)	490 (90.7)	434 (91.6)	219 (85.2)	98 (78.4)	46 (48.4)	< 0.001	
虚弱あり（4点以上）	204 (13.7)	50 (9.3)	40 (8.4)	38 (14.8)	27 (21.6)	49 (51.6)		
タイプ別								
閉じこもり（1点以上） ⁱ	518 (33.7)	170 (31.0)	145 (30.0)	87 (33.0)	52 (38.0)	64 (61.0)	< 0.001	92 (5.6)
転倒（1点以上） ⁱⁱ	597 (37.6)	173 (30.4)	151 (30.1)	114 (42.1)	76 (54.7)	83 (79.0)	< 0.001	43 (2.6)
低栄養（1点以上） ⁱⁱⁱ	510 (32.0)	145 (25.4)	154 (30.3)	96 (35.0)	54 (39.7)	61 (57.0)	< 0.001	33 (2.0)

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

i: 介護予防チェックリストのNo.1～No.5の5項目のうち、1項目以上に該当

ii: 介護予防チェックリストのNo.6～No.11の6項目のうち、1項目以上に該当

iii: 介護予防チェックリストのNo.12～No.15の4項目のうち、1項目以上に該当

3) 地域に在住する高齢者の生活実態の特徴、および虚弱リスクの有無別による比較—基本チェックリストによる評価—

3-1) 基本属性 (表 4-1、4-2)

・年齢の平均値は、男性で 73.1±5.7 歳、女性で 72.5±6.0 歳であった。最終学歴は、男性では、高等学校または大学卒が多く、女性では高等学校卒が多かった。現在働いている者の割合は男性 36.7%、女性 20.5%であった。居住形態については、一人暮らし世帯は、男性 8.6%、女性 12.2%であり、夫婦世帯が男女ともに半数近くを占めていた。暮らし向きについては、「どちらともいえない」と回答した者が最も多かった。

・男女ともに、虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比べて、年齢が高く、教育歴が低く、現在働いている者の割合が少なかった。また、所得が低く、暮らし向きが苦しいと答えた者の割合が多かった。居住形態については、男性では、虚弱リスクの有無で変わらなかったが、女性では、虚弱リスクありの群で一人暮らしが多かった。

3-2) 心身の健康状態、生活習慣 (表 4-1、4-2)

・主観的健康観について、「とても健康だ」「まあ健康な方だ」と回答した者は、男性 83.8%、女性 82%であり、慢性疾患の既往歴の数が 1 個以上だった者は、男性 83.7%、女性 79.6%であった。週一回以上の運動習慣がある者は、男性 77%、女性 75.1%であり、主食・主菜・副菜を 3 つそろえて食べることが 1 日 2 回以上の頻度がほぼ毎日と回答した者は、男性 80.2%、女性 84.6%、誰かと食事を共にする機会が毎日ある者は、男性 66.8%、女性 68.6%であった。食品摂取の多様性得点 (10 点満点) の平均値は、男性 3.3±2.5 点、女性 4.3±2.5 点であった。

・虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比べて、主観的健康観が低く、慢性疾患の既往数が多く、定期的な運動習慣がない者の割合が多いなどの特徴がみられた。食生活については、虚弱リスクありの群では主食・主菜・副菜を 3 つそろえて食べる頻度や共食の機会が比較的少なく、食品摂取の多様性得点が低値を示した。これらの特徴は男女とも共通していた。

表4-1. 虚弱リスクの有無別の基本属性、心身の健康状態、生活習慣（男性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
年齢（歳）	73.1±5.7	72.4±5.2	73.1±5.6	75.1±6.6	<0.001
教育歴					
小学校（尋常小学校）	16 (1.1)	2 (0.3)	5 (1.1)	9 (3.6)	
中学校（旧制高等小学校）	191 (13.4)	74 (10.1)	67 (15.3)	50 (20.0)	
高等学校（旧制中学校）	519 (36.5)	286 (39.0)	148 (33.7)	85 (34.0)	
短期大学・専門学校	96 (6.7)	45 (6.1)	38 (8.7)	13 (5.2)	<0.001
大学（高齢者大学は除く）	543 (38.2)	299 (40.7)	157 (35.8)	87 (34.8)	
大学院	45 (3.2)	21 (2.9)	20 (4.6)	4 (1.6)	
その他	13 (0.9)	7 (1.0)	4 (0.9)	2 (0.8)	
就業状況					
週に35時間以上働いている	201 (14.1)	113 (15.4)	64 (14.6)	24 (9.5)	
短時間（週35時間未満）、 または不定期的に働いている	321 (22.6)	191 (26.0)	101 (23.1)	29 (11.5)	<0.001
仕事はしていない、引退した	901 (63.3)	430 (58.6)	272 (62.2)	199 (79.0)	
居住形態					
一人暮らし	122 (8.6)	56 (7.6)	41 (9.4)	25 (9.9)	
夫婦世帯	785 (55.0)	421 (57.2)	236 (53.9)	128 (50.8)	0.393
それ以外	519 (36.4)	259 (35.2)	161 (36.8)	99 (39.3)	
等価所得					
400万円以上	178 (12.4)	105 (14.2)	56 (12.8)	17 (6.7)	
250万円～400万円未満	463 (32.4)	254 (34.4)	138 (31.4)	71 (28.2)	
100万円～250万円未満	535 (37.4)	263 (35.6)	164 (37.4)	108 (42.9)	<0.001
100万円未満	56 (3.9)	23 (3.1)	21 (4.8)	12 (4.8)	
不明	198 (13.8)	94 (12.7)	60 (13.7)	44 (17.5)	
暮らし向き					
非常にゆとりがある	27 (1.9)	17 (2.3)	7 (1.6)	3 (1.2)	
ややゆとりがある	354 (25.0)	216 (29.6)	101 (23.2)	37 (14.8)	
どちらともいえない	675 (47.7)	356 (48.8)	206 (47.4)	113 (45.2)	<0.001
やや苦勞している	285 (20.1)	123 (16.8)	98 (22.5)	64 (25.6)	
非常に苦勞している	74 (5.2)	18 (2.5)	23 (5.3)	33 (13.2)	

(表4-1 つづき)

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
主観的健康観					
とても健康だ	152 (10.8)	124 (16.9)	24 (5.7)	4 (1.6)	< 0.001
まあ健康な方だ	1024 (73.0)	572 (78.1)	317 (74.8)	135 (54.9)	
あまり健康でない	179 (12.8)	32 (4.4)	68 (16.0)	79 (32.1)	
健康ではない	47 (3.4)	4 (0.5)	15 (3.5)	28 (11.4)	
慢性疾患の数					
0個	229 (16.4)	153 (21.3)	59 (13.7)	17 (6.8)	< 0.001
1個	404 (28.9)	217 (30.2)	126 (29.2)	61 (24.5)	
2個以上	767 (54.8)	349 (48.5)	247 (57.2)	171 (68.7)	
定期的な運動					
週に5回以上	483 (33.9)	309 (42.0)	125 (28.5)	49 (19.5)	< 0.001
週に3~4回	318 (22.3)	171 (23.2)	97 (22.1)	50 (19.9)	
週に1~2回	296 (20.8)	142 (19.3)	98 (22.4)	56 (22.3)	
月に1~3回	91 (6.4)	37 (5.0)	36 (8.2)	18 (7.2)	
月に1回未満	37 (2.6)	15 (2.0)	16 (3.7)	6 (2.4)	
運動はしない	200 (14.0)	62 (8.4)	66 (15.1)	72 (28.7)	
主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることが1日2回以上の頻度					
ほぼ毎日	1140 (80.2)	623 (84.6)	345 (79.3)	172 (68.5)	< 0.001
週に4~5日	163 (11.5)	76 (10.3)	51 (11.7)	36 (14.3)	
週に2~3日	88 (6.2)	32 (4.3)	23 (5.3)	33 (13.1)	
ほとんどない	31 (2.2)	5 (0.7)	16 (3.7)	10 (4.0)	
誰かと食事を共にする機会					
毎日ある	953 (66.8)	524 (71.0)	282 (64.7)	147 (58.3)	< 0.001
週に何度かある	113 (7.9)	63 (8.5)	23 (5.3)	27 (10.7)	
月に何度かある	157 (11.0)	80 (10.8)	54 (12.4)	23 (9.1)	
年に何度かある	148 (10.4)	61 (8.3)	56 (12.8)	31 (12.3)	
ほとんどない	55 (3.9)	10 (1.4)	21 (4.8)	24 (9.5)	
食品摂取の多様性得点 (点)	3.3±2.5	3.6±2.6	3.2±2.4	2.6±2.4	< 0.001
食品摂取の多様性得点 (カテゴリー)					
0-3点	774 (58.5)	374 (54.2)	241 (60.1)	159 (68.8)	0.001
4-6点	388 (29.3)	216 (31.3)	118 (29.4)	54 (23.4)	
7点以上	160 (12.1)	100 (14.5)	42 (10.5)	18 (7.8)	

値は度数 (%) あるいは平均値±標準偏差で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: カテゴリー変数は χ^2 検定を用い、連続変数はKruskal-Wallis検定を行った。

表4-2. 虚弱リスクの有無別の基本属性、心身の健康状態、生活習慣（女性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
年齢（歳）	72.5±6.0	71.4±5.0	72.3±5.7	76.1±7.8	<0.001
教育歴					
学校には行かなかった	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	
小学校（尋常小学校）	11 (0.8)	1 (0.1)	3 (0.7)	7 (3.1)	
中学校（旧制高等小学校）	196 (14.3)	78 (11.2)	66 (14.6)	52 (23.1)	
高等学校（旧制中学校）	766 (55.7)	393 (56.3)	256 (56.8)	117 (52.0)	<0.001
短期大学・専門学校	276 (20.1)	152 (21.8)	89 (19.7)	35 (15.6)	
大学（高齢者大学は除く）	111 (8.1)	68 (9.7)	35 (7.8)	8 (3.6)	
大学院	4 (0.3)	3 (0.4)	1 (0.2)	0 (0.0)	
その他	9 (0.7)	3 (0.4)	1 (0.2)	5 (2.2)	
就業状況					
週に35時間以上働いている	53 (3.9)	29 (4.1)	17 (3.8)	7 (3.2)	
短時間（週35時間未満）、 または不定期的に働いている	227 (16.6)	142 (20.3)	69 (15.5)	16 (7.2)	<0.001
仕事はしていない、引退した	1085 (79.5)	528 (75.5)	359 (80.7)	198 (89.6)	
居住形態					
一人暮らし	168 (12.2)	83 (11.8)	51 (11.3)	34 (15.2)	
夫婦世帯	669 (48.5)	378 (53.6)	212 (47.0)	79 (35.4)	<0.001
それ以外	541 (39.2)	244 (34.6)	188 (41.7)	109 (48.9)	
不明	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	
等価所得					
400万円以上	122 (8.8)	71 (10.1)	33 (7.3)	18 (8.0)	
250万円～400万円未満	344 (24.9)	204 (28.9)	109 (24.1)	31 (13.7)	
100万円～250万円未満	487 (35.2)	233 (33.0)	172 (38.1)	82 (36.3)	<0.001
100万円未満	69 (5.0)	26 (3.7)	24 (5.3)	19 (8.4)	
不明	361 (26.1)	171 (24.3)	114 (25.2)	76 (33.6)	
暮らし向き					
非常にゆとりがある	28 (2.0)	20 (2.9)	7 (1.6)	1 (0.4)	
ややゆとりがある	335 (24.5)	184 (26.3)	103 (23.1)	48 (21.3)	
どちらともいえない	688 (50.3)	366 (52.4)	217 (48.8)	105 (46.7)	<0.001
やや苦勞している	271 (19.8)	112 (16.0)	105 (23.6)	54 (24.0)	
非常に苦勞している	47 (3.4)	17 (2.4)	13 (2.9)	17 (7.6)	

(表4-2 つづき)

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
主観的健康観					
とても健康だ	125 (9.3)	103 (14.9)	20 (4.6)	2 (0.9)	<0.001
まあ健康な方だ	973 (72.7)	539 (78.2)	325 (74.4)	109 (51.2)	
あまり健康でない	194 (14.5)	40 (5.8)	81 (18.5)	73 (34.3)	
健康ではない	47 (3.5)	7 (1.0)	11 (2.5)	29 (13.6)	
慢性疾患の数					
0個	270 (20.4)	175 (26.4)	80 (18.2)	15 (6.8)	<0.001
1個	391 (29.5)	204 (30.7)	121 (27.5)	66 (29.9)	
2個以上	664 (50.1)	285 (42.9)	239 (54.3)	140 (63.3)	
定期的な運動					
週に5回以上	396 (28.8)	242 (34.5)	111 (24.7)	43 (19.3)	<0.001
週に3～4回	329 (23.9)	193 (27.5)	102 (22.7)	34 (15.2)	
週に1～2回	308 (22.4)	155 (22.1)	113 (25.1)	40 (17.9)	
月に1～3回	88 (6.4)	41 (5.8)	32 (7.1)	15 (6.7)	
月に1回未満	20 (1.5)	11 (1.6)	6 (1.3)	3 (1.3)	
運動はしない	234 (17.0)	60 (8.5)	86 (19.1)	88 (39.5)	
主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることが1日2回以上の頻度					
ほぼ毎日	1165 (84.6)	636 (90.5)	376 (83.4)	153 (68.6)	<0.001
週に4～5日	142 (10.3)	52 (7.4)	49 (10.9)	41 (18.4)	
週に2～3日	53 (3.8)	13 (1.8)	20 (4.4)	20 (9.0)	
ほとんどない	17 (1.2)	2 (0.3)	6 (1.3)	9 (4.0)	
誰かと食事を共にする機会					
毎日ある	947 (68.6)	502 (71.3)	312 (69.2)	133 (59.1)	<0.001
週に何度かある	113 (8.2)	59 (8.4)	35 (7.8)	19 (8.4)	
月に何度かある	202 (14.6)	108 (15.3)	65 (14.4)	29 (12.9)	
年に何度かある	95 (6.9)	35 (5.0)	35 (7.8)	25 (11.1)	
ほとんどない	23 (1.7)	0 (0.0)	4 (0.9)	19 (8.4)	
食品摂取の多様性得点 (点)	4.3±2.5	4.7±2.5	4.1±2.3	3.4±2.4	<0.001
食品摂取の多様性得点 (カテゴリー)					
0-3点	504 (39.8)	212 (32.7)	171 (41.7)	121 (58.5)	<0.001
4-6点	521 (41.2)	287 (44.2)	168 (41.0)	66 (31.9)	
7点以上	241 (19.0)	150 (23.1)	71 (17.3)	20 (9.7)	

値は度数 (%) あるいは平均値±標準偏差で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: カテゴリー変数は χ^2 検定を用い、連続変数はKruskal-Wallis検定を行った。

3-3) 外出状況、介護状況（表 5-1、5-2）

・外出頻度が毎日1回以上の者は、男性で79.7%、女性で72.1%であった。虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比べて、外出頻度が低い傾向を示した。

・男性の外出理由として最も多かったのは、「買い物・用足し」であり、次いで、「運動」、「趣味・学習活動」であった。一方、虚弱のリスク別にみると、男性の虚弱リスクありの群では、「通院」の割合が「買い物・用足し」の次に多かった。女性の外出理由として最も多かったのは、「買い物・用足し」であり、次いで、「運動」、「知人と会う」であった。男性と同様、女性の虚弱リスクありの群では、「通院」の割合が多かった。

・外出方法については、全体で見ると「自家用車（自身で運転）」が最も多く、次いで、「徒歩」、「電車」であった。一方、虚弱のリスク別にみると、虚弱リスクありの群では、虚弱リスクなしの群と比べて、「自家用車（自身で運転）」や「徒歩」の割合が低く、「自家用車（他の人が運転）」「町内巡回バス」「デマンドタクシー」「デイサービス等の送迎車」の割合が多かった。これらの特徴は男女とも共通していた。

・介護の実施状況については、介護をしていると回答した者は全体では、男性で5.8%、女性で7.6%であった。男女ともに、介護をしている者の中で、虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比し、介護を毎日している割合が多かった。

表5-1. 虚弱リスクの有無別の外出状況、介護状況（男性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
外出頻度					
毎日2回以上	481 (33.6)	310 (41.9)	137 (31.2)	34 (13.5)	
毎日1回ぐらい	659 (46.1)	348 (47.1)	206 (46.9)	105 (41.7)	
2～3日に1回	210 (14.7)	72 (9.7)	77 (17.5)	61 (24.2)	< 0.001
1週間に1回	63 (4.4)	9 (1.2)	18 (4.1)	36 (14.3)	
ほとんど外出しない	17 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	16 (6.3)	
外出理由[†]					
仕事	564 (39.9)	325 (44.0)	182 (41.6)	57 (24.2)	< 0.001
買い物、用足し	1208 (85.5)	640 (86.6)	377 (86.1)	191 (80.9)	0.090
知人（近所の人、友人、親戚の人等）と会う	477 (33.8)	285 (38.6)	138 (31.5)	54 (22.9)	< 0.001
趣味・学習活動	589 (41.7)	363 (49.1)	165 (37.7)	61 (25.8)	< 0.001
運動	937 (66.3)	536 (72.5)	269 (61.4)	132 (55.9)	< 0.001
ボランティア（社会奉仕）活動	154 (10.9)	108 (14.6)	38 (8.7)	8 (3.4)	< 0.001
通院	554 (39.2)	224 (30.3)	197 (45.0)	133 (56.4)	< 0.001
デイサービスなどの保健福祉サービスの利用	12 (0.8)	5 (0.7)	0 (0.0)	7 (3.0)	< 0.001
その他	48 (3.4)	24 (3.2)	15 (3.4)	9 (3.8)	0.916
外出方法[†]					
徒歩	948 (67.1)	528 (71.4)	284 (64.8)	136 (57.6)	< 0.001
車椅子	3 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.2)	1 (0.4)	0.701
自転車、電動自転車	183 (13.0)	104 (14.1)	51 (11.6)	28 (11.9)	0.420
単車（オートバイ）	62 (4.4)	36 (4.9)	17 (3.9)	9 (3.8)	0.649
自家用車（自身で運転）	1222 (86.5)	669 (90.5)	378 (86.3)	175 (74.2)	< 0.001
自家用車（他の人が運転）	140 (9.9)	67 (9.1)	39 (8.9)	34 (14.4)	0.040
電車	450 (31.8)	278 (37.6)	121 (27.6)	51 (21.6)	< 0.001
路線バス	364 (25.8)	213 (28.8)	101 (23.1)	50 (21.2)	0.019
町内巡回バス	36 (2.5)	12 (1.6)	11 (2.5)	13 (5.5)	0.004
デマンドタクシー	32 (2.3)	4 (0.5)	13 (3.0)	15 (6.4)	< 0.001
ディサービス等の送迎車	5 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.2)	4 (1.7)	0.001
その他	4 (0.3)	3 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.4)	0.406

(表5-1 つづき)

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
介護					
している	75 (5.8)	40 (5.9)	24 (6.1)	11 (4.9)	0.820
していない	1216 (94.2)	636 (94.1)	368 (93.9)	212 (95.1)	
介護をしている頻度					
毎日	34 (45.3)	16 (40.0)	9 (37.5)	9 (81.8)	0.021
週5-6日	3 (4.0)	2 (5.0)	1 (4.2)	0 (0.0)	
週3-4日	6 (8.0)	3 (7.5)	3 (12.5)	0 (0.0)	
週1-2日	9 (12.0)	2 (5.0)	7 (29.2)	0 (0.0)	
月1-3回くらい	19 (25.3)	15 (37.5)	2 (8.3)	2 (18.2)	
月1回未満	4 (5.3)	2 (5.0)	2 (8.3)	0 (0.0)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

†: 外出頻度が週一回以上の者に限定して分析した。

表5-2. 虚弱リスクの有無別の外出状況、介護状況（女性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
外出頻度					
毎日2回以上	369 (26.7)	242 (34.3)	101 (22.3)	26 (11.5)	
毎日1回ぐらい	628 (45.4)	339 (48.1)	217 (48.0)	72 (31.9)	
2～3日に1回	299 (21.6)	114 (16.2)	114 (25.2)	71 (31.4)	<0.001
1週間に1回	57 (4.1)	10 (1.4)	16 (3.5)	31 (13.7)	
ほとんど外出しない	30 (2.2)	0 (0.0)	4 (0.9)	26 (11.5)	
外出理由[†]					
仕事	290 (21.5)	182 (25.9)	87 (19.5)	21 (10.5)	<0.001
買い物、用足し	1276 (94.4)	679 (96.4)	423 (94.6)	174 (87.0)	<0.001
知人（近所の人、友人、親戚の人等）と会う	746 (55.2)	464 (65.9)	219 (49.0)	63 (31.5)	<0.001
趣味・学習活動	649 (48.0)	408 (58.0)	189 (42.3)	52 (26.0)	<0.001
運動	848 (62.8)	499 (70.9)	266 (59.5)	83 (41.5)	<0.001
ボランティア（社会奉仕）活動	196 (14.5)	126 (17.9)	56 (12.5)	14 (7.0)	<0.001
通院	641 (47.4)	273 (38.8)	238 (53.2)	130 (65.0)	<0.001
デイサービスなどの保健福祉サービスの利用	12 (0.9)	1 (0.1)	3 (0.7)	8 (4.0)	<0.001
その他	41 (3.0)	16 (2.3)	15 (3.4)	10 (5.0)	0.124
外出方法[†]					
徒歩	941 (69.6)	525 (74.6)	298 (66.5)	118 (59.0)	<0.001
車椅子	2 (0.1)	1 (0.1)	1 (0.2)	0 (0.0)	0.791
自転車、電動自転車	156 (11.5)	89 (12.6)	46 (10.3)	21 (10.5)	0.415
単車（オートバイ）	28 (2.1)	16 (2.3)	8 (1.8)	4 (2.0)	0.850
自家用車（自身で運転）	740 (54.7)	437 (62.1)	237 (52.9)	66 (33.0)	<0.001
自家用車（他の人が運転）	517 (38.2)	229 (32.5)	182 (40.6)	106 (53.0)	<0.001
電車	479 (35.4)	296 (42.0)	138 (30.8)	45 (22.5)	<0.001
路線バス	396 (29.3)	236 (33.5)	113 (25.2)	47 (23.5)	0.002
町内巡回バス	90 (6.7)	40 (5.7)	25 (5.6)	25 (12.5)	0.002
デマンドタクシー	119 (8.8)	44 (6.3)	42 (9.4)	33 (16.5)	<0.001
ディサービス等の送迎車	12 (0.9)	5 (0.7)	1 (0.2)	6 (3.0)	0.002
その他	8 (0.6)	1 (0.1)	3 (0.7)	4 (2.0)	0.010

(表5-2 つづき)

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
介護					
している	93 (7.6)	34 (5.5)	43 (10.8)	16 (8.1)	0.007
していない	1123 (92.4)	588 (94.5)	354 (89.2)	181 (91.9)	
介護をしている頻度					
毎日	50 (55.6)	17 (50.0)	21 (51.2)	12 (80.0)	0.330
週5-6日	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)	
週3-4日	6 (6.7)	2 (5.9)	4 (9.8)	0 (0.0)	
週1-2日	5 (5.6)	3 (8.8)	2 (4.9)	0 (0.0)	
月1-3回くらい	18 (20.0)	9 (26.5)	9 (22.0)	0 (0.0)	
月1回未満	10 (11.1)	3 (8.8)	4 (9.8)	3 (20.0)	

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

†: 外出頻度が週一回以上の者に限定して分析した。

3-4) 社会参加の状況、地域共生意識（表 6-1～6-8）

・活動頻度が多い社会活動の種類は、社会・奉仕活動の中では、趣味の会などの仲間内の会や地域行事（お祭り・盆踊りなど）であった。個人活動の中では、生活用品や食料品の買い物や近所付き合いが多く、学習活動の中では町民講座・各種研修会・講演会への参加が多かった。これらの特徴は、男女ともに共通していた。（表 6-1、6-2、6-3、6-5、6-6、6-7）

・虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比べて、ほとんどの社会活動で頻度が低値を示した。（表 6-1、6-2、6-3、6-5、6-6、6-7）

・社会活動性指標、地域共生意識を得点化した結果においては、男女ともに、社会活動性指標の4側面（仕事、社会・奉仕活動・個人活動・学習活動）すべてにおいて、虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比べて点数が有意に低値を示した。地域共生意識についても同様に、虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比し有意に低い点数を示した。（表 6-4、6-8）

表6-1. 虚弱リスクの有無別の社会・奉仕活動の頻度（男性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
地域行事(お祭り・盆踊りなど)への参加					
よくする	139 (9.9)	97 (13.4)	27 (6.3)	15 (6.0)	< 0.001
時々する	321 (22.8)	192 (26.4)	102 (23.7)	27 (10.8)	
ほとんどしない	946 (67.3)	437 (60.2)	302 (70.1)	207 (83.1)	
町内会や自治会活動					
よくする	137 (9.8)	89 (12.2)	37 (8.6)	11 (4.4)	< 0.001
時々する	282 (20.1)	170 (23.4)	88 (20.6)	24 (9.6)	
ほとんどしない	986 (70.2)	468 (64.4)	303 (70.8)	215 (86.0)	
老人会(老人クラブ)活動					
よくする	97 (7.0)	57 (7.9)	27 (6.4)	13 (5.2)	0.231
時々する	84 (6.0)	50 (7.0)	19 (4.5)	15 (6.0)	
ほとんどしない	1208 (87.0)	610 (85.1)	376 (89.1)	222 (88.8)	
趣味の会など仲間うちの活動					
よくする	337 (23.8)	227 (31.0)	83 (19.3)	27 (10.8)	< 0.001
時々する	303 (21.4)	163 (22.2)	92 (21.4)	48 (19.2)	
ほとんどしない	773 (54.7)	343 (46.8)	255 (59.3)	175 (70.0)	
社会福祉・奉仕(ボランティア)活動					
よくする	96 (6.8)	73 (10.1)	20 (4.7)	3 (1.2)	< 0.001
時々する	177 (12.6)	111 (15.3)	51 (11.9)	15 (6.0)	
ほとんどしない	1132 (80.6)	542 (74.7)	357 (83.4)	233 (92.8)	
特技や経験を他人に伝える活動					
よくする	79 (5.6)	60 (8.2)	14 (3.3)	5 (2.0)	< 0.001
時々する	161 (11.4)	108 (14.8)	39 (9.1)	14 (5.6)	
ほとんどしない	1168 (83.0)	561 (77.0)	375 (87.6)	232 (92.4)	
消費者団体・自然環境保護などの活動					
よくする	22 (1.6)	18 (2.5)	4 (0.9)	0 (0.0)	< 0.001
時々する	96 (6.8)	60 (8.3)	31 (7.2)	5 (2.0)	
ほとんどしない	1287 (91.6)	648 (89.3)	393 (91.8)	246 (98.0)	

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表6-2. 虚弱リスクの有無別の個人活動の頻度（男性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
近所づきあい					
よくする	295 (20.9)	183 (25.0)	75 (17.4)	37 (14.7)	
時々する	665 (47.1)	363 (49.7)	202 (46.9)	100 (39.8)	<0.001
ほとんどしない	453 (32.1)	185 (25.3)	154 (35.7)	114 (45.4)	
生活用品や食料品の買い物					
よくする	886 (62.6)	520 (71.0)	263 (60.7)	103 (41.2)	
時々する	440 (31.1)	191 (26.1)	150 (34.6)	99 (39.6)	<0.001
ほとんどしない	89 (6.3)	21 (2.9)	20 (4.6)	48 (19.2)	
デパートでの買い物					
よくする	110 (7.8)	70 (9.6)	29 (6.7)	11 (4.4)	
時々する	560 (39.7)	327 (44.9)	164 (38.0)	69 (27.5)	<0.001
ほとんどしない	741 (52.5)	331 (45.5)	239 (55.3)	171 (68.1)	
近くの友人・親戚を訪問					
よくする	129 (9.1)	91 (12.4)	28 (6.5)	10 (4.0)	
時々する	694 (49.1)	437 (59.6)	181 (42.0)	76 (30.4)	<0.001
ほとんどしない	591 (41.8)	205 (28.0)	222 (51.5)	164 (65.6)	
遠方の友人・親戚を訪問					
よくする	41 (2.9)	28 (3.8)	11 (2.5)	2 (0.8)	
時々する	606 (42.8)	388 (53.2)	164 (37.7)	54 (21.5)	<0.001
ほとんどしない	769 (54.3)	314 (43.0)	260 (59.8)	195 (77.7)	
国内旅行					
よくする	136 (9.6)	98 (13.4)	29 (6.7)	9 (3.6)	
時々する	674 (47.5)	392 (53.4)	209 (48.0)	73 (29.3)	<0.001
ほとんどしない	608 (42.9)	244 (33.2)	197 (45.3)	167 (67.1)	
外国旅行					
よくする	25 (1.8)	18 (2.5)	6 (1.4)	1 (0.4)	
時々する	124 (8.8)	78 (10.6)	36 (8.4)	10 (4.0)	0.003
ほとんどしない	1264 (89.5)	638 (86.9)	389 (90.3)	237 (95.6)	
お寺まいり (神社仏閣へのおまいり)					
よくする	118 (8.3)	59 (8.0)	44 (10.1)	15 (6.0)	
時々する	682 (48.1)	403 (54.9)	196 (45.2)	83 (33.1)	<0.001
ほとんどしない	619 (43.6)	272 (37.1)	194 (44.7)	153 (61.0)	

(表6-2 つづき)

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
スポーツや運動					
よくする	506 (35.6)	351 (47.7)	129 (29.7)	26 (10.4)	<0.001
時々する	443 (31.2)	220 (29.9)	146 (33.6)	77 (30.7)	
ほとんどしない	473 (33.3)	165 (22.4)	160 (36.8)	148 (59.0)	
レクリエーション活動					
よくする	111 (7.8)	86 (11.7)	21 (4.8)	4 (1.6)	<0.001
時々する	395 (27.8)	259 (35.2)	105 (24.2)	31 (12.3)	
ほとんどしない	915 (64.4)	390 (53.1)	308 (71.0)	217 (86.1)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表6-3. 虚弱リスクの有無別の学習活動の頻度 (男性)

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
老人学級・老人大学への参加					
よくする	56 (3.9)	30 (4.1)	21 (4.8)	5 (2.0)	0.269
時々する	60 (4.2)	26 (3.5)	22 (5.0)	12 (4.8)	
ほとんどしない	1304 (91.8)	679 (92.4)	393 (90.1)	232 (93.2)	
カルチャーセンターでの学習活動					
よくする	38 (2.7)	24 (3.3)	13 (3.0)	1 (0.4)	<0.001
時々する	80 (5.6)	61 (8.3)	14 (3.2)	5 (2.0)	
ほとんどしない	1302 (91.7)	649 (88.4)	409 (93.8)	244 (97.6)	
町民講座・各種研修会・講演会への参加					
よくする	55 (3.9)	40 (5.4)	12 (2.8)	3 (1.2)	<0.001
時々する	307 (21.6)	190 (25.8)	93 (21.3)	24 (9.5)	
ほとんどしない	1062 (74.6)	506 (68.8)	331 (75.9)	225 (89.3)	
シルバー人材センターでの活動					
よくする	58 (4.1)	39 (5.3)	16 (3.7)	3 (1.2)	0.073
時々する	26 (1.8)	14 (1.9)	7 (1.6)	5 (2.0)	
ほとんどしない	1338 (94.1)	682 (92.8)	412 (94.7)	244 (96.8)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表6-4. 虚弱リスクの有無別の社会活動指標得点、地域共生意識（男性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
社会活動性指標（点）ⁱ					
仕事	0.4 ± 0.5	0.4 ± 0.5	0.4 ± 0.5	0.2 ± 0.4	<0.001
社会・奉仕活動	1.6 ± 1.8	2.0 ± 1.9	1.4 ± 1.6	0.9 ± 1.3	<0.001
個人活動	5.4 ± 2.4	6.2 ± 2.2	5.0 ± 2.2	3.6 ± 2.2	<0.001
学習活動	0.5 ± 0.8	0.6 ± 0.9	0.4 ± 0.8	0.2 ± 0.6	<0.001
地域共生意識（点）ⁱⁱ	15.3 ± 4.1	16.1 ± 3.9	14.9 ± 4.2	13.8 ± 4.3	<0.001

値は平均値±標準偏差で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: Kruskal-Wallis検定

i：社会活動性指標は、各活動について「よくする」「時々する」を1点「ほとんどしない」を0点として合計得点を算出。

得点範囲は仕事が0～1点、社会奉仕活動が0～7点、個人活動が0～10点、学習活動が0～4点となり、得点が高いほど活動性が高いことを意味する。

ii：地域共生意識は、各質問に対して、「そう思う」=5点、「どちらかといえばそう思う」=4点、「どちらともいえない」=3点、「どちらかといえばそう思わない」=2点、「そう思わない」=1点として、5つの項目の得点を単純合計した（得点範囲は5～25点）、得点が高いほど、地域共生意識が高いことを示す。

表6-5. 虚弱リスクの有無別の社会・奉仕活動の頻度（女性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
地域行事(お祭り・盆踊りなど)への参加					
よくする	112 (8.3)	71 (10.3)	30 (6.7)	11 (4.9)	<0.001
時々する	381 (28.1)	229 (33.4)	126 (28.2)	26 (11.6)	
ほとんどしない	864 (63.7)	386 (56.3)	291 (65.1)	187 (83.5)	
町内会や自治会活動					
よくする	70 (5.2)	49 (7.2)	19 (4.3)	2 (0.9)	<0.001
時々する	307 (22.8)	182 (26.8)	97 (21.8)	28 (12.6)	
ほとんどしない	968 (72.0)	448 (66.0)	328 (73.9)	192 (86.5)	
老人会(老人クラブ)活動					
よくする	69 (5.2)	40 (6.0)	21 (4.8)	8 (3.6)	0.436
時々する	95 (7.1)	43 (6.4)	37 (8.5)	15 (6.7)	
ほとんどしない	1168 (87.7)	589 (87.6)	379 (86.7)	200 (89.7)	
趣味の会など仲間うちの活動					
よくする	427 (31.6)	291 (42.2)	116 (26.2)	20 (9.0)	<0.001
時々する	317 (23.4)	157 (22.8)	118 (26.7)	42 (18.9)	
ほとんどしない	609 (45.0)	241 (35.0)	208 (47.1)	160 (72.1)	
社会福祉・奉仕(ボランティア)活動					
よくする	105 (7.7)	72 (10.5)	31 (6.9)	2 (0.9)	<0.001
時々する	213 (15.7)	128 (18.6)	68 (15.2)	17 (7.6)	
ほとんどしない	1040 (76.6)	487 (70.9)	349 (77.9)	204 (91.5)	
特技や経験を他人に伝える活動					
よくする	73 (5.4)	54 (7.9)	17 (3.8)	2 (0.9)	<0.001
時々する	158 (11.7)	105 (15.4)	39 (8.8)	14 (6.3)	
ほとんどしない	1117 (82.9)	523 (76.7)	387 (87.4)	207 (92.8)	
消費者団体・自然環境保護などの活動					
よくする	7 (0.5)	4 (0.6)	3 (0.7)	0 (0.0)	0.049
時々する	54 (4.0)	35 (5.2)	17 (3.8)	2 (0.9)	
ほとんどしない	1285 (95.5)	639 (94.2)	424 (95.5)	222 (99.1)	

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表6-6. 虚弱リスクの有無別の個人活動の頻度（女性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
近所づきあい					
よくする	429 (31.4)	276 (39.7)	115 (25.7)	38 (17.0)	
時々する	728 (53.3)	348 (50.0)	260 (58.2)	120 (53.6)	<0.001
ほとんどしない	210 (15.4)	72 (10.3)	72 (16.1)	66 (29.5)	
生活用品や食料品の買い物					
よくする	1045 (76.4)	586 (84.3)	343 (76.1)	116 (52.3)	
時々する	273 (20.0)	103 (14.8)	97 (21.5)	73 (32.9)	<0.001
ほとんどしない	50 (3.7)	6 (0.9)	11 (2.4)	33 (14.9)	
デパートでの買い物					
よくする	139 (10.2)	89 (12.8)	39 (8.7)	11 (4.9)	
時々する	753 (55.1)	433 (62.3)	240 (53.5)	80 (35.9)	<0.001
ほとんどしない	475 (34.7)	173 (24.9)	170 (37.9)	132 (59.2)	
近くの友人・親戚を訪問					
よくする	250 (18.3)	175 (25.2)	65 (14.5)	10 (4.5)	
時々する	785 (57.4)	428 (61.6)	251 (55.9)	106 (47.5)	<0.001
ほとんどしない	332 (24.3)	92 (13.2)	133 (29.6)	107 (48.0)	
遠方の友人・親戚を訪問					
よくする	68 (5.0)	44 (6.4)	18 (4.1)	6 (2.7)	
時々する	668 (49.2)	431 (62.4)	187 (42.3)	50 (22.3)	<0.001
ほとんどしない	621 (45.8)	216 (31.3)	237 (53.6)	168 (75.0)	
国内旅行					
よくする	136 (10.0)	94 (13.6)	35 (7.8)	7 (3.2)	
時々する	674 (49.5)	408 (58.9)	205 (45.8)	61 (27.6)	<0.001
ほとんどしない	552 (40.5)	191 (27.6)	208 (46.4)	153 (69.2)	
外国旅行					
よくする	19 (1.4)	15 (2.2)	4 (0.9)	0 (0.0)	
時々する	158 (11.7)	99 (14.4)	53 (11.9)	6 (2.7)	<0.001
ほとんどしない	1178 (86.9)	575 (83.5)	387 (87.2)	216 (97.3)	
お寺まいり (神社仏閣へのおまいり)					
よくする	140 (10.3)	95 (13.6)	32 (7.2)	13 (5.8)	
時々する	707 (51.8)	406 (58.2)	229 (51.6)	72 (32.3)	<0.001
ほとんどしない	518 (37.9)	197 (28.2)	183 (41.2)	138 (61.9)	

(表6-6 つづき)

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
スポーツや運動					
よくする	405 (29.6)	280 (40.3)	110 (24.6)	15 (6.7)	<0.001
時々する	419 (30.7)	234 (33.7)	136 (30.4)	49 (21.9)	
ほとんどしない	543 (39.7)	181 (26.0)	202 (45.1)	160 (71.4)	
レクリエーション活動					
よくする	94 (6.9)	70 (10.1)	21 (4.7)	3 (1.3)	<0.001
時々する	342 (25.1)	219 (31.6)	106 (23.8)	17 (7.6)	
ほとんどしない	926 (68.0)	403 (58.2)	319 (71.5)	204 (91.1)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表6-7. 虚弱リスクの有無別の学習活動の頻度 (女性)

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
老人学級・老人大学への参加					
よくする	42 (3.1)	28 (4.0)	8 (1.8)	6 (2.7)	0.100
時々する	65 (4.8)	38 (5.5)	21 (4.7)	6 (2.7)	
ほとんどしない	1259 (92.2)	629 (90.5)	419 (93.5)	211 (94.6)	
カルチャーセンターでの学習活動					
よくする	68 (5.0)	49 (7.1)	17 (3.8)	2 (0.9)	<0.001
時々する	150 (11.0)	104 (15.1)	38 (8.5)	8 (3.6)	
ほとんどしない	1143 (84.0)	538 (77.9)	392 (87.7)	213 (95.5)	
町民講座・各種研修会・講演会への参加					
よくする	60 (4.4)	41 (5.9)	14 (3.1)	5 (2.2)	<0.001
時々する	432 (31.6)	265 (38.0)	134 (29.8)	33 (14.8)	
ほとんどしない	877 (64.1)	391 (56.1)	301 (67.0)	185 (83.0)	
シルバー人材センターでの活動					
よくする	13 (1.0)	8 (1.2)	4 (0.9)	1 (0.4)	0.918
時々する	19 (1.4)	10 (1.4)	6 (1.3)	3 (1.3)	
ほとんどしない	1332 (97.7)	676 (97.4)	436 (97.8)	220 (98.2)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表6-8. 虚弱リスクの有無別の社会活動指標得点、地域共生意識（女性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
社会活動性指標（点）ⁱ					
仕事	0.2 ± 0.4	0.2 ± 0.4	0.2 ± 0.4	0.1 ± 0.3	<0.001
社会・奉仕活動	1.7 ± 1.7	2.1 ± 1.7	1.6 ± 1.6	0.8 ± 1.2	<0.001
個人活動	6.0 ± 2.3	6.9 ± 1.9	5.6 ± 2.0	3.8 ± 2.2	<0.001
学習活動	0.6 ± 0.8	0.8 ± 0.9	0.5 ± 0.8	0.3 ± 0.6	<0.001
地域共生意識（点）ⁱⁱ	15.5 ± 4.0	16.2 ± 3.8	15.4 ± 3.7	13.5 ± 4.6	<0.001

値は平均値±標準偏差で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: Kruskal-Wallis検定

i : 社会活動性指標は、各活動について「よくする」「時々する」を1点「ほとんどしない」を0点として合計得点を算出。

得点範囲は仕事が0～1点、社会奉仕活動が0～7点、個人活動が0～10点、学習活動が0～4点となり、得点が高いほど活動性が高いことを意味する。

ii : 地域共生意識は、各質問に対して、「そう思う」=5点、「どちらかといえばそう思う」=4点、「どちらともいえない」=3点、「どちらかといえばそう思わない」=2点、「そう思わない」=1点として、5つの項目の得点を単純合計した（得点範囲は5～25点）、得点が高いほど、地域共生意識が高いことを示す。

3-5) 対人関係の志向性 (表 7-1、7-2)

・対人関係の志向性については、男女ともに虚弱リスクの有無により、回答状況が有意に異なっていた。虚弱リスクありの群では虚弱リスクなしの群に比べて、他者との関係性を避ける傾向があった。また、虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比し、孤独を楽しめる割合、大勢で楽しむ活動や人と一緒に活動をしたい割合、自分が必要とされていると感じることができる場やほっとしたり、安らげる場がある者の割合はいずれも少なかった。

表7-1. 虚弱リスクの有無別の対人関係の志向性 (男性)

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
1) 一人になっても孤独を楽しめるほうですか					
はい	1022 (72.0)	564 (76.8)	299 (68.9)	159 (63.1)	<0.001
いいえ	398 (28.0)	170 (23.2)	135 (31.1)	93 (36.9)	
2) 大勢で楽しめるような趣味や活動をしたいですか					
はい	764 (53.8)	448 (61.1)	216 (49.7)	100 (39.8)	<0.001
いいえ	655 (46.2)	285 (38.9)	219 (50.3)	151 (60.2)	
3) 人間関係の煩わしさを離れて、静かに暮らしたいですか					
はい	741 (52.3)	323 (44.1)	252 (57.9)	166 (66.7)	<0.001
いいえ	675 (47.7)	409 (55.9)	183 (42.1)	83 (33.3)	
4) 人と一緒に何らかの活動をしたいですか					
はい	774 (54.5)	456 (62.3)	219 (50.2)	99 (39.4)	<0.001
いいえ	645 (45.5)	276 (37.7)	217 (49.8)	152 (60.6)	
5) ご自分が他の人に必要とされていると感じることができる場がありますか					
はい	827 (58.4)	502 (68.6)	230 (53.0)	95 (37.8)	<0.001
いいえ	590 (41.6)	230 (31.4)	204 (47.0)	156 (62.2)	
6) あなたには、ほっとしたり、安らげる場がありますか					
はい	1341 (94.4)	716 (97.4)	415 (95.2)	210 (84.0)	<0.001
いいえ	80 (5.6)	19 (2.6)	21 (4.8)	40 (16.0)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表7-2. 虚弱リスクの有無別の対人関係の志向性（女性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
1) 一人になっても孤独を楽しめるほうですか					
はい	999 (73.1)	541 (78.0)	330 (73.5)	128 (57.1)	<0.001
いいえ	368 (26.9)	153 (22.0)	119 (26.5)	96 (42.9)	
2) 大勢で楽しめるような趣味や活動をしたいですか					
はい	788 (58.2)	441 (64.4)	256 (57.3)	91 (41.2)	<0.001
いいえ	565 (41.8)	244 (35.6)	191 (42.7)	130 (58.8)	
3) 人間関係の煩わしさを離れて、静かに暮らしたいですか					
はい	611 (45.2)	257 (37.5)	217 (48.8)	137 (62.0)	<0.001
いいえ	741 (54.8)	429 (62.5)	228 (51.2)	84 (38.0)	
4) 人と一緒に何らかの活動をしたいですか					
はい	765 (56.5)	442 (64.3)	237 (53.4)	86 (38.7)	<0.001
いいえ	588 (43.5)	245 (35.7)	207 (46.6)	136 (61.3)	
5) ご自分が他の人に必要とされていると感じることができる場がありますか					
はい	904 (66.6)	533 (77.5)	283 (63.0)	88 (39.8)	<0.001
いいえ	454 (33.4)	155 (22.5)	166 (37.0)	133 (60.2)	
6) あなたには、ほっとしたり、安らげる場がありますか					
はい	1321 (96.1)	688 (98.4)	439 (97.3)	194 (86.6)	<0.001
いいえ	53 (3.9)	11 (1.6)	12 (2.7)	30 (13.4)	

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

3-6) 行政サービスやグループ活動の利用ニーズ（表 8-1、8-2）

・自立支援サービスの中で利用ニーズが最も高かったサービスは、男女ともに緊急通報システムであり、次いで、配食サービスであった。一方、利用したいものはないと回答した者の割合も、男性 49.3%、女性 38.2%と多かった。虚弱リスクの有無別にみると、虚弱リスクありの群では虚弱リスクなしの群に比べて、全般的に自立支援サービスの利用ニーズが高かった。

・事業や活動の中で、利用ニーズが最も多かったものは、運動や体操などの体力づくりを目的とした講座・教室・グループ活動であり、次いで、趣味の講座・教室・グループ活動、認知症予防のための講座・教室・グループ活動が多かった。参加したいものはない、参加したいと思わないと回答した者は男性 26.7%、女性 19.4%と一定数みられた。虚弱リスクの有無別にみると、虚弱リスクありの群では虚弱リスクなしの群に比べて、全般的に事業や活動の利用ニーズが低かった。

表8-1. 虚弱リスクの有無別の行政サービスやグループ活動の利用ニーズ（男性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
自立支援サービス（保健福祉サービス）の利用ニーズ					
ふれあい在宅サービス	331 (24.2)	134 (19.0)	133 (31.5)	64 (26.7)	<0.001
配食サービス	343 (25.1)	134 (19.0)	142 (33.6)	67 (27.9)	<0.001
外出支援サービス	236 (17.3)	92 (13.1)	98 (23.2)	46 (19.2)	<0.001
福祉用具の貸出	183 (13.4)	71 (10.1)	74 (17.5)	38 (15.8)	0.001
紙おむつ支給サービス	151 (11.1)	52 (7.4)	68 (16.1)	31 (12.9)	<0.001
緊急通報システム	471 (34.5)	213 (30.3)	173 (41.0)	85 (35.4)	0.001
その他利用したいサービス	42 (3.1)	17 (2.4)	18 (4.3)	7 (2.9)	0.217
利用したいものはない	674 (49.3)	404 (57.4)	168 (39.8)	102 (42.5)	<0.001
事業や活動の利用ニーズ					
運動や体操などの体力づくりを目的とした事業・活動	606 (43.8)	334 (46.6)	190 (44.7)	82 (33.9)	0.002
食事や料理に関する事業・活動	265 (19.1)	141 (19.7)	85 (20.0)	39 (16.1)	0.415
歯の手入れや、入れ歯に関する事業・活動	114 (8.2)	50 (7.0)	41 (9.6)	23 (9.5)	0.207
脳の体操（脳トレ）などの認知症予防のための事業・活動	379 (27.4)	180 (25.1)	124 (29.2)	75 (31.0)	0.126
心の健康を維持（うつ予防など）にするための事業・活動	158 (11.4)	72 (10.0)	51 (12.0)	35 (14.5)	0.157
趣味（手芸、絵画、将棋、写真、歌など）の事業・活動	528 (38.2)	296 (41.3)	156 (36.7)	76 (31.4)	0.018
気軽にお話をする交流を目的とした事業・活動	173 (12.5)	89 (12.4)	61 (14.4)	23 (9.5)	0.190
ボランティア（社会貢献）活動	220 (15.9)	150 (20.9)	57 (13.4)	13 (5.4)	<0.001
ご自身の知識や経験を次世代に伝える活動・グループ活動	183 (13.2)	108 (15.1)	54 (12.7)	21 (8.7)	0.037
その他	27 (2.0)	12 (1.7)	12 (2.8)	3 (1.2)	0.270
参加したいものはない・参加したいと思わない	369 (26.7)	186 (25.9)	105 (24.7)	78 (32.2)	0.088

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表8-2. 虚弱リスクの有無別の行政サービスやグループ活動の利用ニーズ（女性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
自立支援サービス（保健福祉サービス）の利用ニーズ					
ふれあい在宅サービス	417 (32.3)	187 (28.4)	160 (38.0)	70 (33.2)	0.004
配食サービス	445 (34.5)	204 (31.0)	163 (38.7)	78 (37.0)	0.023
外出支援サービス	346 (26.8)	158 (24.0)	125 (29.7)	63 (29.9)	0.065
福祉用具の貸出	328 (25.4)	148 (22.5)	123 (29.2)	57 (27.0)	0.038
紙おむつ支給サービス	293 (22.7)	135 (20.5)	104 (24.7)	54 (25.6)	0.149
緊急通報システム	486 (37.6)	238 (36.1)	168 (39.9)	80 (37.9)	0.454
その他利用したいサービス	52 (4.0)	23 (3.5)	17 (4.0)	12 (5.7)	0.369
利用したいものはない	493 (38.2)	290 (44.0)	138 (32.8)	65 (30.8)	<0.001
事業や活動の利用ニーズ					
運動や体操などの体力づくりを 目的とした事業・活動	661 (49.9)	379 (55.7)	218 (50.8)	64 (29.8)	<0.001
食事や料理に関する事業・活動	361 (27.2)	212 (31.1)	116 (27.0)	33 (15.3)	<0.001
歯の手入れや、入れ歯に関する 事業・活動	106 (8.0)	55 (8.1)	39 (9.1)	12 (5.6)	0.300
脳の体操（脳トレ）などの認知 症予防のための事業・活動	565 (42.6)	288 (42.3)	196 (45.7)	81 (37.7)	0.147
心の健康を維持（うつ予防な ど）にするための事業・活動	227 (17.1)	113 (16.6)	74 (17.2)	40 (18.6)	0.790
趣味（手芸、絵画、将棋、写 真、歌など）の事業・活動	495 (37.4)	302 (44.3)	142 (33.1)	51 (23.7)	<0.001
気軽にお話をする交流を目的と した事業・活動	253 (19.1)	131 (19.2)	86 (20.0)	36 (16.7)	0.598
ボランティア（社会貢献）活動	199 (15.0)	126 (18.5)	57 (13.3)	16 (7.4)	<0.001
ご自身の知識や経験を次世代に 伝える活動・グループ活動	86 (6.5)	55 (8.1)	25 (5.8)	6 (2.8)	0.018
その他	32 (2.4)	18 (2.6)	8 (1.9)	6 (2.8)	0.660
参加したいものはない・ 参加したいと思わない	257 (19.4)	111 (16.3)	72 (16.8)	74 (34.4)	<0.001

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

3-7) 町の既存事業の参加状況 (表 9-1、9-2)

・町の既存事業について、食を通じた集まりについては、全く参加したことがないと回答した者の割合が大多数を占めており、男性 94.1%、女性 84.2%であった。地域健康教室については、参加者（よく参加している、時々参加している、たまに参加することがある者）の割合は、1～2割程度であった。男性では、地域健康教室を知らないと回答した者も4割程度みられた。その他の健康づくりを行っている事業やサークルや教室についても、参加者は1～3割程度にとどまっており、女性に比べて男性で参加率が低かった。

・虚弱リスクの有無別では、虚弱リスクありの群では虚弱リスクなしの群に比べて、男性では、地域健康教室や健康づくりを行っている事業やサークルや教室の参加率が低値を示した。
女性では、いずれの事業においても虚弱リスクありの群の参加率が比較的低値であった。

表9-1. 虚弱リスクの有無別の町の既存事業の参加状況（男性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
食を通じた集まり†					
よく参加している	14 (1.0)	10 (1.4)	3 (0.7)	1 (0.4)	0.747
時々参加している	24 (1.7)	14 (1.9)	7 (1.6)	3 (1.2)	
たまに参加することがある	46 (3.2)	23 (3.1)	13 (3.0)	10 (4.0)	
全く参加したことがない	1341 (94.1)	690 (93.6)	413 (94.7)	238 (94.4)	
地域健康教室					
よく参加している	50 (3.5)	37 (5.0)	11 (2.5)	2 (0.8)	0.013
時々参加している	44 (3.1)	22 (3.0)	19 (4.4)	3 (1.2)	
たまに参加することがある	63 (4.4)	36 (4.9)	15 (3.4)	12 (4.8)	
以前は参加していたが、やめた	73 (5.1)	35 (4.8)	20 (4.6)	18 (7.2)	
知っているが、全く参加したことがない	587 (41.3)	309 (42.0)	177 (40.7)	101 (40.2)	
地域健康教室を知らない	604 (42.5)	296 (40.3)	193 (44.4)	115 (45.8)	
健康づくりを行っている事業やサークルや教室					
よく参加している	113 (8.0)	74 (10.1)	29 (6.7)	10 (4.0)	0.004
時々参加している	50 (3.5)	33 (4.5)	12 (2.8)	5 (2.0)	
たまに参加することがある	60 (4.2)	36 (4.9)	14 (3.2)	10 (4.0)	
全く参加したことがない	1195 (84.3)	591 (80.5)	379 (87.3)	225 (90.0)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

†: 「食を通じた集まり」は、地域で開催される会食会、茶話会、料理教室などを指す。

表9-2. 虚弱リスクの有無別の町の既存事業の参加状況（女性）

	全体	虚弱なし	前虚弱	虚弱あり	p*
食を通じた集まり[†]					
よく参加している	26 (1.9)	16 (2.3)	8 (1.8)	2 (0.9)	0.042
時々参加している	40 (2.9)	21 (3.0)	15 (3.3)	4 (1.8)	
たまに参加することがある	150 (11.0)	86 (12.5)	52 (11.6)	12 (5.4)	
全く参加したことがない	1147 (84.2)	567 (82.2)	374 (83.3)	206 (92.0)	
地域健康教室					
よく参加している	137 (10.0)	74 (10.6)	52 (11.6)	11 (5.0)	<0.001
時々参加している	57 (4.2)	33 (4.7)	20 (4.5)	4 (1.8)	
たまに参加することがある	74 (5.4)	39 (5.6)	22 (4.9)	13 (5.9)	
以前は参加していたが、やめた	152 (11.1)	68 (9.8)	52 (11.6)	32 (14.4)	
知っているが、全く参加したこと	658 (48.2)	368 (52.9)	192 (43.0)	98 (44.1)	
地域健康教室を知らない	287 (21.0)	114 (16.4)	109 (24.4)	64 (28.8)	
健康づくりを行っている事業やサークルや教室					
よく参加している	216 (15.9)	144 (21.0)	61 (13.6)	11 (5.0)	<0.001
時々参加している	68 (5.0)	30 (4.4)	31 (6.9)	7 (3.2)	
たまに参加することがある	90 (6.6)	55 (8.0)	26 (5.8)	9 (4.1)	
全く参加したことがない	983 (72.4)	458 (66.7)	330 (73.7)	195 (87.8)	

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

[†]: 「食を通じた集まり」は、地域で開催される会食会、茶話会、料理教室などを指す。

4) 虚弱リスクの有無別による比較—介護予防チェックリストによる評価—

基本チェックリストで把握した虚弱リスクの有無別による比較とほぼ同様の特徴が認められた。

4-1) 基本属性（表 10-1、10-2）

・男女ともに、虚弱リスクありの群は、虚弱リスクなしの群に比べて、年齢が高く、教育歴が低く、現在働いている者の割合は少なかった。また、所得が低く、暮らし向きが苦しいと答えた者の割合が多かった。居住形態については、一人暮らし世帯の割合はあまり変わらないものの、虚弱リスクありの群では夫婦世帯の割合が比較的低かった。

4-2) 心身の健康状態、生活習慣（表 10-1、10-2）

・虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比べて、主観的健康観が低く、慢性疾患の既往数が多く、定期的な運動習慣がないなどの特徴がみられた。食生活については、虚弱リスクありの群では主食・主菜・副菜を3つそろえて食べる頻度や共食の機会が少なく、食品摂取の多様性得点が低値を示した。これらの特徴は男女とも共通していた。

表10-1. 虚弱リスクの有無別の基本属性、心身の健康状態、生活習慣（男性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
年齢（歳）	73.1±5.7	72.9±5.5	74.5±6.5	0.002
教育歴				
小学校（尋常小学校）	16 (1.1)	8 (0.6)	8 (3.7)	
中学校（旧制高等小学校）	210 (14.1)	170 (13.3)	40 (18.4)	
高等学校（旧制中学校）	542 (36.3)	468 (36.7)	74 (34.1)	
短期大学・専門学校	102 (6.8)	91 (7.1)	11 (5.1)	0.001
大学（高齢者大学は除く）	561 (37.6)	487 (38.2)	74 (34.1)	
大学院	47 (3.2)	38 (3.0)	9 (4.1)	
その他	14 (0.9)	13 (1.0)	1 (0.5)	
就業状況				
週に35時間以上働いている	208 (14.1)	181 (14.3)	27 (12.6)	
短時間（週35時間未満）、 または不定期的に働いている	332 (22.5)	316 (25.0)	16 (7.4)	< 0.001
仕事はしていない、引退した	937 (63.4)	765 (60.6)	172 (80.0)	
居住形態				
一人暮らし	122 (8.3)	101 (8.0)	21 (9.8)	
夫婦世帯	817 (55.3)	716 (56.7)	101 (47.0)	0.030
それ以外	539 (36.5)	446 (35.3)	93 (43.3)	
等価所得				
400万円以上	182 (12.1)	165 (12.9)	17 (7.8)	
250万円～400万円未満	479 (31.9)	429 (33.4)	50 (22.8)	
100万円～250万円未満	572 (38.1)	476 (37.1)	96 (43.8)	< 0.001
100万円未満	59 (3.9)	45 (3.5)	14 (6.4)	
不明	211 (14.0)	169 (13.2)	42 (19.2)	
暮らし向き				
非常にゆとりがある	29 (2.0)	26 (2.0)	3 (1.4)	
ややゆとりがある	371 (24.9)	332 (26.2)	39 (17.9)	
どちらともいえない	705 (47.4)	613 (48.3)	92 (42.2)	< 0.001
やや苦勞している	300 (20.2)	245 (19.3)	55 (25.2)	
非常に苦勞している	82 (5.5)	53 (4.2)	29 (13.3)	

(表10-1 つづき)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
主観的健康観				
とても健康だ	155 (10.6)	152 (12.1)	3 (1.4)	<0.001
まあ健康な方だ	1080 (73.8)	976 (77.8)	104 (49.5)	
あまり健康でない	180 (12.3)	106 (8.5)	74 (35.2)	
健康ではない	49 (3.3)	20 (1.6)	29 (13.8)	
慢性疾患の数				
0個	247 (16.8)	235 (18.8)	12 (5.5)	<0.001
1個	426 (29.0)	371 (29.6)	55 (25.2)	
2個以上	797 (54.2)	646 (51.6)	151 (69.3)	
定期的な運動				
週に5回以上	509 (34.0)	468 (36.5)	41 (18.8)	<0.001
週に3~4回	337 (22.5)	306 (23.9)	31 (14.2)	
週に1~2回	310 (20.7)	264 (20.6)	46 (21.1)	
週に1~3回	97 (6.5)	77 (6.0)	20 (9.2)	
週に1回未満	38 (2.5)	31 (2.4)	7 (3.2)	
運動はしない	208 (13.9)	135 (10.5)	73 (33.5)	
主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることが1日2回以上の頻度				
ほぼ毎日	1189 (79.6)	1037 (81.3)	152 (69.7)	<0.001
週に4~5日	178 (11.9)	152 (11.9)	26 (11.9)	
週に2~3日	95 (6.4)	66 (5.2)	29 (13.3)	
ほとんどない	32 (2.1)	21 (1.6)	11 (5.0)	
誰かと食事を共にする機会				
毎日ある	998 (66.6)	867 (67.8)	131 (59.8)	<0.001
週に何度かある	123 (8.2)	104 (8.1)	19 (8.7)	
月に何度かある	161 (10.7)	147 (11.5)	14 (6.4)	
年に何度かある	160 (10.7)	131 (10.2)	29 (13.2)	
ほとんどない	56 (3.7)	30 (2.3)	26 (11.9)	
食品摂取の多様性得点 (点)	3.3±2.5	3.4±2.5	2.6±2.2	<0.001
食品摂取の多様性得点 (カテゴリー)				
0-3点	808 (58.6)	664 (56.4)	144 (70.9)	<0.001
4-6点	407 (29.5)	360 (30.6)	47 (23.2)	
7点以上	165 (12.0)	153 (13.0)	12 (5.9)	

値は度数 (%) あるいは平均値±標準偏差で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: カテゴリー変数は χ^2 検定を用い、連続変数はMann-WhitneyのU検定を行った。

表10-2. 虚弱リスクの有無別の基本属性、心身の健康状態、生活習慣（女性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
年齢（歳）	72.8±6.2	72.1±5.5	76.9±8.3	<0.001
教育歴				
学校には行かなかった	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.5)	
小学校（尋常小学校）	16 (1.1)	6 (0.5)	10 (5.0)	
中学校（旧制高等小学校）	222 (15.1)	173 (13.6)	49 (24.4)	
高等学校（旧制中学校）	810 (54.9)	707 (55.5)	103 (51.2)	<0.001
短期大学・専門学校	295 (20.0)	264 (20.7)	31 (15.4)	
大学（高齢者大学は除く）	118 (8.0)	114 (8.9)	4 (2.0)	
大学院	4 (0.3)	4 (0.3)	0 (0.0)	
その他	9 (0.6)	6 (0.5)	3 (1.5)	
就業状況				
週に35時間以上働いている	56 (3.8)	52 (4.1)	4 (2.1)	
短時間（週35時間未満）、 または不定期的に働いている	237 (16.3)	224 (17.7)	13 (6.8)	<0.001
仕事はしていない、引退した	1163 (79.9)	988 (78.2)	175 (91.1)	
居住形態				
一人暮らし	182 (12.4)	159 (12.5)	23 (11.6)	
夫婦世帯	697 (47.4)	629 (49.4)	68 (34.3)	<0.001
それ以外	591 (40.2)	485 (38.1)	106 (53.5)	
不明	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.5)	
等価所得				
400万円以上	126 (8.5)	113 (8.8)	13 (6.4)	
250万円～400万円未満	361 (24.2)	329 (25.6)	32 (15.7)	
100万円～250万円未満	521 (34.9)	454 (35.3)	67 (32.8)	<0.001
100万円未満	77 (5.2)	58 (4.5)	19 (9.3)	
不明	406 (27.2)	333 (25.9)	73 (35.8)	
暮らし向き				
非常にゆとりがある	28 (1.9)	27 (2.1)	1 (0.5)	
ややゆとりがある	349 (23.7)	313 (24.6)	36 (17.9)	
どちらともいえない	745 (50.6)	644 (50.7)	101 (50.2)	<0.001
やや苦勞している	289 (19.6)	246 (19.4)	43 (21.4)	
非常に苦勞している	60 (4.1)	40 (3.1)	20 (10.0)	

(表10-2 つづき)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
主観的健康観				
とても健康だ	128 (8.9)	125 (10.0)	3 (1.6)	< 0.001
まあ健康な方だ	1035 (71.8)	960 (76.7)	75 (39.7)	
あまり健康でない	228 (15.8)	146 (11.7)	82 (43.4)	
健康ではない	50 (3.5)	21 (1.7)	29 (15.3)	
慢性疾患の数				
0個	282 (19.8)	267 (21.7)	15 (7.7)	< 0.001
1個	410 (28.8)	355 (28.9)	55 (28.4)	
2個以上	731 (51.4)	607 (49.4)	124 (63.9)	
定期的な運動				
週に5回以上	417 (28.2)	386 (30.2)	31 (15.3)	< 0.001
週に3~4回	353 (23.8)	329 (25.7)	24 (11.8)	
週に1~2回	334 (22.6)	304 (23.8)	30 (14.8)	
週に1~3回	93 (6.3)	81 (6.3)	12 (5.9)	
週に1回未満	21 (1.4)	17 (1.3)	4 (2.0)	
運動はしない	263 (17.8)	161 (12.6)	102 (50.2)	
主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることが1日2回以上の頻度				
ほぼ毎日	1235 (83.4)	1099 (86.1)	136 (67.0)	< 0.001
週に4~5日	164 (11.1)	125 (9.8)	39 (19.2)	
週に2~3日	65 (4.4)	44 (3.4)	21 (10.3)	
ほとんどない	16 (1.1)	9 (0.7)	7 (3.4)	
誰かと食事を共にする機会				
毎日ある	1003 (67.4)	878 (68.4)	125 (61.3)	< 0.001
週に何度かある	125 (8.4)	107 (8.3)	18 (8.8)	
月に何度かある	222 (14.9)	198 (15.4)	24 (11.8)	
年に何度かある	106 (7.1)	89 (6.9)	17 (8.3)	
ほとんどない	32 (2.2)	12 (0.9)	20 (9.8)	
食品摂取の多様性得点 (点)	4.3±2.5	4.4±2.4	3.4±2.6	<0.001
食品摂取の多様性得点 (カテゴリー)				
0-3点	549 (40.5)	442 (37.7)	107 (59.1)	< 0.001
4-6点	548 (40.5)	498 (42.5)	50 (27.6)	
7点以上	257 (19.0)	233 (19.9)	24 (13.3)	

値は度数 (%) あるいは平均値±標準偏差で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: カテゴリー変数は χ^2 検定を用い、Mann-WhitneyのU検定を行った。

4-3) 外出状況、介護状況 (表 11-1、11-2)

・虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比べて、外出頻度が低い傾向を示した。外出理由については、「買い物・用足し」が虚弱リスクの有無にかかわらず外出理由として最も多かったが、虚弱リスクありの群では虚弱リスクなしの群に比べて、「仕事」「知人と会う」「趣味、学習活動」「運動」「ボランティア活動」などの理由で外出することが少なく、「通院」が理由として多かった。外出方法については、虚弱リスクありの群では、「自家用車（自身で運転）」や「徒歩」の割合が少なくなり、「自家用車（他の人が運転）」「デマンドタクシー」が多く、さらに男性では「町内巡回バス」、女性では「「デイサービス等の送迎車」の割合も多くなっていた。

・介護の実施状況については、男女ともに、介護をしている者の中で、虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比し、介護を毎日している割合が多かった。

表11-1. 虚弱リスクの有無別の外出状況、介護状況（男性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
外出頻度				
毎日2回以上	507 (33.7)	478 (37.2)	29 (13.2)	
毎日1回ぐらい	691 (46.0)	610 (47.5)	81 (37.0)	
2～3日に1回	225 (15.0)	171 (13.3)	54 (24.7)	<0.001
1週間に1回	64 (4.3)	24 (1.9)	40 (18.3)	
ほとんど外出しない	16 (1.1)	1 (0.1)	15 (6.8)	
外出理由[†]				
仕事	589 (39.6)	541 (42.2)	48 (23.5)	<0.001
買い物、用足し	1277 (85.9)	1111 (86.6)	166 (81.4)	0.047
知人（近所の人、友人、親戚の人等）と会う	500 (33.6)	467 (36.4)	33 (16.2)	<0.001
趣味・学習活動	620 (41.7)	574 (44.7)	46 (22.5)	<0.001
運動	993 (66.8)	897 (69.9)	96 (47.1)	<0.001
ボランティア（社会奉仕）活動	163 (11.0)	156 (12.2)	7 (3.4)	<0.001
通院	575 (38.7)	452 (35.2)	123 (60.3)	<0.001
デイサービスなどの保健福祉サービスの利用	13 (0.9)	10 (0.8)	3 (1.5)	0.325
その他	54 (3.6)	45 (3.5)	9 (4.4)	0.521
外出方法[†]				
徒歩	1002 (67.4)	892 (69.5)	110 (53.9)	<0.001
車椅子	3 (0.2)	2 (0.2)	1 (0.5)	0.323
自転車、電動自転車	198 (13.3)	171 (13.3)	27 (13.2)	0.971
単車（オートバイ）	63 (4.2)	56 (4.4)	7 (3.4)	0.539
自家用車（自身で運転）	1284 (86.3)	1129 (88.0)	155 (76.0)	<0.001
自家用車（他の人が運転）	147 (9.9)	122 (9.5)	25 (12.3)	0.222
電車	469 (31.5)	428 (33.4)	41 (20.1)	<0.001
路線バス	375 (25.2)	331 (25.8)	44 (21.6)	0.196
町内巡回バス	37 (2.5)	26 (2.0)	11 (5.4)	0.004
デマンドタクシー	35 (2.4)	20 (1.6)	15 (7.4)	<0.001
デイサービス等の送迎車	6 (0.4)	4 (0.3)	2 (1.0)	0.162
その他	4 (0.3)	4 (0.3)	0 (0.0)	0.425

(表11-1 つづき)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
介護				
している	76 (5.6)	66 (5.7)	10 (5.2)	0.764
していない	1278 (94.4)	1094 (94.3)	184 (94.8)	
介護をしている頻度				
毎日	35 (46.1)	28 (42.4)	7 (70.0)	0.405
週5-6日	3 (3.9)	2 (3.0)	1 (10.0)	
週3-4日	6 (7.9)	6 (9.1)	0 (0.0)	
週1-2日	9 (11.8)	8 (12.1)	1 (10.0)	
月1-3回くらい	19 (25.0)	18 (27.3)	1 (10.0)	
月1回未満	4 (5.3)	4 (6.1)	0 (0.0)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

†: 外出頻度が週一回以上の者に限定して分析した。

表11-2. 虚弱リスクの有無別の外出状況、介護状況（女性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
外出頻度				
毎日2回以上	393 (26.4)	372 (28.9)	21 (10.3)	
毎日1回ぐらい	664 (44.5)	613 (47.6)	51 (25.0)	
2～3日に1回	334 (22.4)	273 (21.2)	61 (29.9)	<0.001
1週間に1回	68 (4.6)	25 (1.9)	43 (21.1)	
ほとんど外出しない	32 (2.1)	4 (0.3)	28 (13.7)	
外出理由[†]				
仕事	309 (21.2)	296 (23.1)	13 (7.4)	<0.001
買い物、用足し	1367 (94.0)	1222 (95.5)	145 (82.9)	<0.001
知人（近所の人、友人、親戚の人等）と会う	798 (54.8)	747 (58.4)	51 (29.1)	<0.001
趣味・学習活動	678 (46.6)	644 (50.3)	34 (19.4)	<0.001
運動	893 (61.4)	843 (65.9)	50 (28.6)	<0.001
ボランティア（社会奉仕）活動	204 (14.0)	201 (15.7)	3 (1.7)	<0.001
通院	693 (47.6)	577 (45.1)	116 (66.3)	<0.001
デイサービスなどの保健福祉サービスの利用	12 (0.8)	5 (0.4)	7 (4.0)	<0.001
その他	46 (3.2)	39 (3.0)	7 (4.0)	0.499
外出方法[†]				
徒歩	1006 (69.0)	921 (71.8)	85 (48.6)	<0.001
車椅子	2 (0.1)	2 (0.2)	0 (0.0)	0.601
自転車、電動自転車	166 (11.4)	153 (11.9)	13 (7.4)	0.078
単車（オートバイ）	33 (2.3)	29 (2.3)	4 (2.3)	0.984
自家用車（自身で運転）	768 (52.7)	714 (55.7)	54 (30.9)	<0.001
自家用車（他の人が運転）	567 (38.9)	469 (36.6)	98 (56.0)	<0.001
電車	515 (35.3)	482 (37.6)	33 (18.9)	<0.001
路線バス	432 (29.6)	396 (30.9)	36 (20.6)	0.005
町内巡回バス	99 (6.8)	84 (6.6)	15 (8.6)	0.319
デマンドタクシー	143 (9.8)	113 (8.8)	30 (17.1)	0.001
ディサービス等の送迎車	13 (0.9)	6 (0.5)	7 (4.0)	<0.001
その他	10 (0.7)	7 (0.5)	3 (1.7)	0.079

(表11-2 つづき)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
介護				
している	100 (7.6)	84 (7.4)	16 (9.2)	0.394
していない	1208 (92.4)	1051 (92.6)	157 (90.8)	
介護をしている頻度				
毎日	55 (57.3)	44 (53.7)	11 (78.6)	0.583
週5-6日	1 (1.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	
週3-4日	6 (6.3)	6 (7.3)	0 (0.0)	
週1-2日	5 (5.2)	5 (6.1)	0 (0.0)	
月1-3回くらい	20 (20.8)	18 (22.0)	2 (14.3)	
月1回未満	9 (9.4)	8 (9.8)	1 (7.1)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

†: 外出頻度が週一回以上の者に限定して分析した。

4-4) 社会参加の状況、地域共生意識（表 12-1～12-8）

・虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比べて、ほとんどの社会活動で頻度が低値を示した。男女ともに、社会活動性指標の4側面（仕事、社会・奉仕活動・個人活動・学習活動）すべてにおいて、虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比べて点数が有意に低値を示した。地域共生意識についても同様に、虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比し有意に低い点数を示した。

表12-1. 虚弱リスクの有無別の社会・奉仕活動の頻度（男性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
地域行事(お祭り・盆踊りなど)への参加				
よくする	147 (10.0)	139 (11.0)	8 (3.7)	<0.001
時々する	341 (23.1)	315 (25.0)	26 (11.9)	
ほとんどしない	989 (67.0)	805 (63.9)	184 (84.4)	
町内会や自治会活動				
よくする	145 (9.8)	138 (11.0)	7 (3.2)	<0.001
時々する	305 (20.7)	281 (22.3)	24 (11.1)	
ほとんどしない	1024 (69.5)	839 (66.7)	185 (85.6)	
老人会(老人クラブ)活動				
よくする	107 (7.3)	97 (7.8)	10 (4.6)	0.049
時々する	90 (6.2)	82 (6.6)	8 (3.7)	
ほとんどしない	1263 (86.5)	1063 (85.6)	200 (91.7)	
趣味の会など仲間うちの活動				
よくする	360 (24.3)	346 (27.4)	14 (6.5)	<0.001
時々する	316 (21.3)	277 (21.9)	39 (18.1)	
ほとんどしない	805 (54.4)	642 (50.8)	163 (75.5)	
社会福祉・奉仕(ボランティア)活動				
よくする	105 (7.1)	100 (8.0)	5 (2.3)	<0.001
時々する	186 (12.6)	177 (14.1)	9 (4.1)	
ほとんどしない	1184 (80.3)	979 (77.9)	205 (93.6)	
特技や経験を他人に伝える活動				
よくする	85 (5.8)	78 (6.2)	7 (3.2)	<0.001
時々する	170 (11.5)	162 (12.9)	8 (3.7)	
ほとんどしない	1223 (82.7)	1019 (80.9)	204 (93.2)	
消費者団体・自然環境保護などの活動				
よくする	24 (1.6)	23 (1.8)	1 (0.5)	0.012
時々する	98 (6.6)	92 (7.3)	6 (2.7)	
ほとんどしない	1353 (91.7)	1141 (90.8)	212 (96.8)	

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表12-2. 虚弱リスクの有無別の個人活動の頻度（男性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
近所づきあい				
よくする	316 (21.3)	290 (22.9)	26 (11.9)	
時々する	705 (47.5)	622 (49.2)	83 (37.9)	<0.001
ほとんどしない	463 (31.2)	353 (27.9)	110 (50.2)	
生活用品や食料品の買い物				
よくする	943 (63.6)	839 (66.2)	104 (48.1)	
時々する	450 (30.3)	377 (29.8)	73 (33.8)	<0.001
ほとんどしない	90 (6.1)	51 (4.0)	39 (18.1)	
デパートでの買い物				
よくする	113 (7.6)	104 (8.2)	9 (4.1)	
時々する	597 (40.3)	528 (41.8)	69 (31.8)	<0.001
ほとんどしない	770 (52.0)	631 (50.0)	139 (64.1)	
近くの友人・親戚を訪問				
よくする	136 (9.2)	127 (10.0)	9 (4.1)	
時々する	738 (49.7)	684 (54.0)	54 (24.9)	<0.001
ほとんどしない	610 (41.1)	456 (36.0)	154 (71.0)	
遠方の友人・親戚を訪問				
よくする	42 (2.8)	40 (3.2)	2 (0.9)	
時々する	644 (43.3)	594 (46.9)	50 (22.8)	<0.001
ほとんどしない	800 (53.8)	633 (50.0)	167 (76.3)	
国内旅行				
よくする	141 (9.5)	134 (10.6)	7 (3.2)	
時々する	704 (47.3)	637 (50.2)	67 (30.9)	<0.001
ほとんどしない	642 (43.2)	499 (39.3)	143 (65.9)	
外国旅行				
よくする	27 (1.8)	26 (2.1)	1 (0.5)	
時々する	131 (8.9)	116 (9.2)	15 (6.9)	0.142
ほとんどしない	1322 (89.3)	1122 (88.8)	200 (92.6)	
お寺まいり（神社仏閣へのおまいり）				
よくする	131 (8.8)	120 (9.5)	11 (5.0)	
時々する	718 (48.3)	635 (50.0)	83 (37.9)	<0.001
ほとんどしない	639 (42.9)	514 (40.5)	125 (57.1)	

(表12-2 つづき)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
スポーツや運動				
よくする	540 (36.2)	520 (40.8)	20 (9.2)	<0.001
時々する	460 (30.9)	401 (31.5)	59 (27.2)	
ほとんどしない	491 (32.9)	353 (27.7)	138 (63.6)	
レクリエーション活動				
よくする	117 (7.9)	115 (9.0)	2 (0.9)	<0.001
時々する	424 (28.5)	400 (31.5)	24 (11.0)	
ほとんどしない	949 (63.7)	756 (59.5)	193 (88.1)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表12-3. 虚弱リスクの有無別の学習活動の頻度 (男性)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
老人学級・老人大学への参加				
よくする	59 (4.0)	56 (4.4)	3 (1.4)	0.102
時々する	67 (4.5)	58 (4.6)	9 (4.1)	
ほとんどしない	1364 (91.5)	1159 (91.0)	205 (94.5)	
カルチャーセンターでの学習活動				
よくする	41 (2.8)	40 (3.1)	1 (0.5)	0.010
時々する	83 (5.6)	77 (6.1)	6 (2.8)	
ほとんどしない	1366 (91.7)	1155 (90.8)	211 (96.8)	
町民講座・各種研修会・講演会への参加				
よくする	60 (4.0)	57 (4.5)	3 (1.4)	<0.001
時々する	316 (21.1)	295 (23.1)	21 (9.6)	
ほとんどしない	1119 (74.8)	924 (72.4)	195 (89.0)	
シルバー人材センターでの活動				
よくする	62 (4.2)	60 (4.7)	2 (0.9)	0.008
時々する	27 (1.8)	26 (2.0)	1 (0.5)	
ほとんどしない	1404 (94.0)	1188 (93.2)	216 (98.6)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表12-4. 虚弱リスクの有無別の社会活動指標得点、地域共生意識（男性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
社会活動性指標（点）ⁱ				
仕事	0.4 ± 0.5	0.4 ± 0.5	0.2 ± 0.4	<0.001
社会・奉仕活動	1.6 ± 1.8	1.8 ± 1.8	0.8 ± 1.2	<0.001
個人活動	5.4 ± 2.4	5.7 ± 2.3	3.5 ± 2.2	<0.001
学習活動	0.5 ± 0.8	0.5 ± 0.8	0.2 ± 0.6	<0.001
地域共生意識（点）ⁱⁱ	15.3 ± 4.1	15.7 ± 4.0	13.4 ± 4.2	<0.001

値は平均値±標準偏差で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: Mann-WhitneyのU検定

i：社会活動性指標は、各活動について「よくする」「時々する」を1点「ほとんどしない」を0点として合計得点を算出。

得点範囲は仕事が0～1点、社会奉仕活動が0～7点、個人活動が0～10点、学習活動が0～4点となり、得点が高いほど活動性が高いことを意味する。

ii：地域共生意識は、各質問に対して、「そう思う」=5点、「どちらかといえばそう思う」=4点、「どちらともいえない」=3点、「どちらかといえばそう思わない」=2点、「そう思わない」=1点として、5つの項目の得点を単純合計した（得点範囲は5～25点）、得点が高いほど、地域共生意識が高いことを示す。

表12-5. 虚弱リスクの有無別の社会・奉仕活動の頻度（女性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
地域行事(お祭り・盆踊りなど)への参加				
よくする	115 (7.9)	107 (8.5)	8 (4.0)	< 0.001
時々する	401 (27.5)	386 (30.7)	15 (7.5)	
ほとんどしない	944 (64.7)	766 (60.8)	178 (88.6)	
町内会や自治会活動				
よくする	76 (5.3)	75 (6.0)	1 (0.5)	< 0.001
時々する	321 (22.3)	301 (24.3)	20 (10.0)	
ほとんどしない	1045 (72.5)	865 (69.7)	180 (89.6)	
老人会(老人クラブ)活動				
よくする	80 (5.6)	78 (6.3)	2 (1.0)	0.008
時々する	103 (7.2)	90 (7.3)	13 (6.5)	
ほとんどしない	1249 (87.2)	1064 (86.4)	185 (92.5)	
趣味の会など仲間うちの活動				
よくする	447 (30.8)	433 (34.6)	14 (7.0)	< 0.001
時々する	333 (22.9)	302 (24.1)	31 (15.4)	
ほとんどしない	673 (46.3)	517 (41.3)	156 (77.6)	
社会福祉・奉仕(ボランティア)活動				
よくする	105 (7.2)	103 (8.2)	2 (1.0)	< 0.001
時々する	226 (15.6)	219 (17.5)	7 (3.5)	
ほとんどしない	1121 (77.2)	931 (74.3)	190 (95.5)	
特技や経験を他人に伝える活動				
よくする	78 (5.4)	76 (6.1)	2 (1.0)	< 0.001
時々する	165 (11.4)	156 (12.5)	9 (4.5)	
ほとんどしない	1205 (83.2)	1016 (81.4)	189 (94.5)	
消費者団体・自然環境保護などの活動				
よくする	8 (0.6)	8 (0.6)	0 (0.0)	0.017
時々する	54 (3.7)	53 (4.3)	1 (0.5)	
ほとんどしない	1383 (95.7)	1183 (95.1)	200 (99.5)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表12-6. 虚弱リスクの有無別の個人活動の頻度（女性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
近所づきあい				
よくする	462 (31.5)	434 (34.3)	28 (13.9)	<0.001
時々する	781 (53.2)	673 (53.2)	108 (53.5)	
ほとんどしない	224 (15.3)	158 (12.5)	66 (32.7)	
生活用品や食料品の買い物				
よくする	1113 (75.8)	1015 (80.1)	98 (48.8)	<0.001
時々する	298 (20.3)	233 (18.4)	65 (32.3)	
ほとんどしない	57 (3.9)	19 (1.5)	38 (18.9)	
デパートでの買い物				
よくする	148 (10.1)	139 (10.9)	9 (4.6)	<0.001
時々する	806 (54.8)	732 (57.5)	74 (37.6)	
ほとんどしない	516 (35.1)	402 (31.6)	114 (57.9)	
近くの友人・親戚を訪問				
よくする	264 (18.0)	253 (20.0)	11 (5.5)	<0.001
時々する	839 (57.2)	762 (60.1)	77 (38.3)	
ほとんどしない	365 (24.9)	252 (19.9)	113 (56.2)	
遠方の友人・親戚を訪問				
よくする	69 (4.7)	64 (5.1)	5 (2.5)	<0.001
時々する	709 (48.6)	668 (53.1)	41 (20.3)	
ほとんどしない	682 (46.7)	526 (41.8)	156 (77.2)	
国内旅行				
よくする	141 (9.6)	135 (10.7)	6 (3.0)	<0.001
時々する	717 (49.0)	666 (52.7)	51 (25.6)	
ほとんどしない	604 (41.3)	462 (36.6)	142 (71.4)	
外国旅行				
よくする	19 (1.3)	18 (1.4)	1 (0.5)	0.001
時々する	172 (11.8)	163 (13.0)	9 (4.5)	
ほとんどしない	1261 (86.8)	1071 (85.5)	190 (95.0)	
お寺まいり（神社仏閣へのおまいり）				
よくする	150 (10.2)	146 (11.5)	4 (2.0)	<0.001
時々する	759 (51.7)	700 (55.2)	59 (29.6)	
ほとんどしない	559 (38.1)	423 (33.3)	136 (68.3)	

(表12-6 つづき)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
スポーツや運動				
よくする	422 (28.7)	412 (32.5)	10 (5.0)	< 0.001
時々する	442 (30.1)	418 (32.9)	24 (12.0)	
ほとんどしない	605 (41.2)	439 (34.6)	166 (83.0)	
レクリエーション活動				
よくする	94 (6.4)	91 (7.2)	3 (1.5)	< 0.001
時々する	361 (24.7)	352 (27.9)	9 (4.5)	
ほとんどしない	1008 (68.9)	818 (64.9)	190 (94.1)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表12-7. 虚弱リスクの有無別の学習活動の頻度 (女性)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
老人学級・老人大学への参加				
よくする	48 (3.3)	44 (3.5)	4 (2.0)	0.270
時々する	68 (4.6)	62 (4.9)	6 (3.0)	
ほとんどしない	1353 (92.1)	1164 (91.7)	189 (95.0)	
カルチャーセンターでの学習活動				
よくする	69 (4.7)	65 (5.1)	4 (2.0)	< 0.001
時々する	158 (10.8)	154 (12.2)	4 (2.0)	
ほとんどしない	1237 (84.5)	1045 (82.7)	192 (96.0)	
町民講座・各種研修会・講演会への参加				
よくする	62 (4.2)	58 (4.6)	4 (2.0)	< 0.001
時々する	450 (30.6)	433 (34.1)	17 (8.5)	
ほとんどしない	958 (65.2)	779 (61.3)	179 (89.5)	
シルバー人材センターでの活動				
よくする	17 (1.2)	17 (1.3)	0 (0.0)	0.248
時々する	19 (1.3)	16 (1.3)	3 (1.5)	
ほとんどしない	1431 (97.5)	1233 (97.4)	198 (98.5)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表12-8. 虚弱リスクの有無別の社会活動指標得点、地域共生意識（女性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
社会活動性指標（点）ⁱ				
仕事	0.2 ± 0.4	0.2 ± 0.4	0.1 ± 0.3	<0.001
社会・奉仕活動	1.7 ± 1.7	1.8 ± 1.7	0.6 ± 1.0	<0.001
個人活動	6.0 ± 2.3	6.4 ± 2.1	3.3 ± 2.2	<0.001
学習活動	0.6 ± 0.8	0.7 ± 0.8	0.2 ± 0.6	<0.001
地域共生意識（点）ⁱⁱ	15.5 ± 4.0	15.8 ± 3.8	13.0 ± 4.6	<0.001

値は平均値±標準偏差で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: Mann-WhitneyのU検定

i：社会活動性指標は、各活動について「よくする」「時々する」を1点「ほとんどしない」を0点として、合計得点を算出した。

得点範囲は仕事が0～1点、社会奉仕活動が0～7点、個人活動が0～10点、学習活動が0～4点となり、得点が高いほど活動性が高いことを意味する。

ii：地域共生意識は、各質問に対して、「そう思う」=5点、「どちらかといえばそう思う」=4点、「どちらともいえない」=3点、「どちらかといえばそう思わない」=2点、「そう思わない」=1点として、5つの項目の得点を単純合計した（得点範囲は5～25点）、得点が高いほど、地域共生意識が高いことを示す。

4-5) 対人関係の志向性 (表 13-1、13-2)

・虚弱リスクありの群では虚弱リスクなしの群に比べて、他者との関係性を避ける傾向があった。また、虚弱リスクありの群は虚弱リスクなしの群に比し、孤独を楽しめる割合、大勢で楽しむ活動や人と一緒に活動をしたい割合、自分が必要とされていると感じることができる場やほっとしたり、安らげる場がある者の割合はいずれも少なかった。

表13-1. 虚弱リスクの有無別の対人関係の志向性 (男性)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
1) 一人になっても孤独を楽しめるほうですか				
はい	1069 (71.8)	934 (73.5)	135 (62.2)	0.001
いいえ	419 (28.2)	337 (26.5)	82 (37.8)	
2) 大勢で楽しめるような趣味や活動をしたいですか				
はい	804 (54.0)	728 (57.3)	76 (34.9)	< 0.001
いいえ	684 (46.0)	542 (42.7)	142 (65.1)	
3) 人間関係の煩わしさを離れて、静かに暮らしたいですか				
はい	784 (52.9)	626 (49.4)	158 (73.1)	< 0.001
いいえ	699 (47.1)	641 (50.6)	58 (26.9)	
4) 人と一緒に何らかの活動をしたいですか				
はい	811 (54.6)	732 (57.7)	79 (36.2)	< 0.001
いいえ	675 (45.4)	536 (42.3)	139 (63.8)	
5) ご自分が他の人に必要とされていると感じることができる場がありますか				
はい	870 (58.7)	795 (62.9)	75 (34.6)	< 0.001
いいえ	611 (41.3)	469 (37.1)	142 (65.4)	
6) あなたには、ほっとしたり、安らげる場がありますか				
はい	1409 (94.4)	1230 (96.5)	179 (82.1)	< 0.001
いいえ	83 (5.6)	44 (3.5)	39 (17.9)	

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表13-2. 虚弱リスクの有無別の対人関係の志向性（女性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
1) 一人になっても孤独を楽しめるほうですか				
はい	1075 (73.1)	959 (75.6)	116 (57.1)	<0.001
いいえ	396 (26.9)	309 (24.4)	87 (42.9)	
2) 大勢で楽しめるような趣味や活動をしたいですか				
はい	835 (57.5)	765 (60.9)	70 (35.9)	<0.001
いいえ	616 (42.5)	491 (39.1)	125 (64.1)	
3) 人間関係の煩わしさを離れて、静かに暮らしたいですか				
はい	659 (45.6)	531 (42.4)	128 (66.0)	<0.001
いいえ	786 (54.4)	720 (57.6)	66 (34.0)	
4) 人と一緒に何らかの活動をしたいですか				
はい	813 (56.0)	755 (60.2)	58 (29.6)	<0.001
いいえ	638 (44.0)	500 (39.8)	138 (70.4)	
5) ご自分が他の人に必要とされていると感じることができる場がありますか				
はい	942 (64.8)	867 (69.1)	75 (37.9)	<0.001
いいえ	511 (35.2)	388 (30.9)	123 (62.1)	
6) あなたには、ほっとしたり、安らげる場がありますか				
はい	1413 (95.9)	1239 (97.3)	174 (86.6)	<0.001
いいえ	61 (4.1)	34 (2.7)	27 (13.4)	

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

4-6) 行政サービスやグループ活動の利用ニーズ (表 14-1、14-2)

・自立支援サービスの利用ニーズは、虚弱リスクの有無で大きく変わらなかったものの、「利用したいものはない」と回答した者の割合は虚弱リスクありの群で低値を示した。事業や活動の利用ニーズは、虚弱リスクのある者で全般的に低下していた。

表14-1. 虚弱リスクの有無別の行政サービスやグループ活動の利用ニーズ (男性)

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
自立支援サービス (保健福祉サービス) の利用ニーズ				
ふれあい在宅サービス	344 (24.2)	289 (23.7)	55 (26.7)	0.357
配食サービス	358 (25.1)	297 (24.4)	61 (29.6)	0.110
外出支援サービス	250 (17.6)	205 (16.8)	45 (21.8)	0.080
福祉用具の貸出	198 (13.9)	166 (13.6)	32 (15.5)	0.465
紙おむつ支給サービス	156 (11.0)	129 (10.6)	27 (13.1)	0.285
緊急通報システム	493 (34.6)	414 (34.0)	79 (38.3)	0.224
その他利用したいサービス	46 (3.2)	38 (3.1)	8 (3.9)	0.566
利用したいものはない	699 (49.1)	621 (51.0)	78 (37.9)	<0.001
事業や活動の利用ニーズ				
運動や体操などの体力づくりを目的とした講座・教室・グループ活動	638 (44.0)	570 (45.9)	68 (32.5)	<0.001
食事や料理に関する講座・教室・グループ活動	276 (19.0)	242 (19.5)	34 (16.3)	0.271
歯の手入れや、入れ歯に関する講座・教室・グループ活動	116 (8.0)	93 (7.5)	23 (11.0)	0.083
脳の体操 (脳トレ) などの認知症予防のための講座・教室・グループ活動	396 (27.3)	335 (27.0)	61 (29.2)	0.511
心の健康を維持 (うつ予防など) にするための講座・教室・グループ活動	165 (11.4)	136 (11.0)	29 (13.9)	0.219
趣味 (手芸、絵画、将棋、写真、歌など) の講座・教室・グループ活動	546 (37.7)	479 (38.6)	67 (32.1)	0.071
気軽にお話をする交流を目的とした企画・教室・グループ活動	179 (12.3)	153 (12.3)	26 (12.4)	0.964
ボランティア (社会貢献) 活動	229 (15.8)	216 (17.4)	13 (6.2)	<0.001
自身の知識や経験を次世代に伝える活動・グループ活動	188 (13.0)	171 (13.8)	17 (8.1)	0.025
その他	27 (1.9)	23 (1.9)	4 (1.9)	0.952
参加したいものはない・参加したいと思わない	395 (27.2)	328 (26.4)	67 (32.1)	0.091

値は度数 (%) で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

表14-2. 虚弱リスクの有無別の行政サービスやグループ活動の利用ニーズ（女性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
自立支援サービス（保健福祉サービス）の利用ニーズ				
ふれあい在宅サービス	447 (32.5)	380 (31.9)	67 (36.4)	0.222
配食サービス	476 (34.6)	408 (34.2)	68 (37.0)	0.469
外出支援サービス	367 (26.7)	312 (26.2)	55 (29.9)	0.289
福祉用具の貸出	346 (25.1)	300 (25.2)	46 (25.0)	0.961
紙おむつ支給サービス	315 (22.9)	269 (22.6)	46 (25.0)	0.465
緊急通報システム	523 (38.0)	450 (37.8)	73 (39.7)	0.617
その他利用したいサービス	57 (4.1)	49 (4.1)	8 (4.3)	0.881
利用したいものはない	520 (37.8)	473 (39.7)	47 (25.5)	<0.001
事業や活動の利用ニーズ				
運動や体操などの体力づくりを目的とした講座・教室・グループ活動	694 (49.0)	647 (52.6)	47 (25.1)	<0.001
食事や料理に関する講座・教室・グループ活動	386 (27.2)	353 (28.7)	33 (17.6)	0.002
歯の手入れや、入れ歯に関する講座・教室・グループ活動	109 (7.7)	96 (7.8)	13 (7.0)	0.683
脳の体操（脳トレ）などの認知症予防のための講座・教室・グループ活動	597 (42.1)	535 (43.5)	62 (33.2)	0.008
心の健康を維持（うつ予防など）にするための講座・教室・グループ活動	236 (16.7)	205 (16.7)	31 (16.6)	0.976
趣味（手芸、絵画、将棋、写真、歌など）の講座・教室・グループ活動	522 (36.8)	485 (39.4)	37 (19.8)	<0.001
気軽にお話をする交流を目的とした企画・教室・グループ活動	269 (19.0)	250 (20.3)	19 (10.2)	0.001
ボランティア（社会貢献）活動	208 (14.7)	194 (15.8)	14 (7.5)	0.003
自身の知識や経験を次世代に伝える活動・グループ活動	92 (6.5)	90 (7.3)	2 (1.1)	0.001
その他	33 (2.3)	28 (2.3)	5 (2.7)	0.737
参加したいものはない・参加したいと思わない	280 (19.8)	204 (16.6)	76 (40.6)	<0.001

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

4-7) 町の既存事業の参加状況（表 15-1、15-2）

・町の既存事業の参加状況については、男性では虚弱リスクの有無にかかわらず変わらなかった。女性では、虚弱リスクのある群での参加頻度が比較的低かった。

表15-1. 虚弱リスクの有無別の町の既存事業の参加状況（男性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
食を通じた集まり				
よく参加している	15 (1.0)	15 (1.2)	0 (0.0)	0.171
時々参加している	25 (1.7)	24 (1.9)	1 (0.5)	
たまに参加することがある	48 (3.2)	40 (3.2)	8 (3.7)	
全く参加したことがない	1392 (94.1)	1187 (93.8)	205 (95.8)	
地域健康教室				
よく参加している	51 (3.5)	47 (3.7)	4 (1.9)	0.090
時々参加している	45 (3.1)	36 (2.9)	9 (4.2)	
たまに参加することがある	67 (4.5)	58 (4.6)	9 (4.2)	
以前は参加していたが、やめた	72 (4.9)	59 (4.7)	13 (6.0)	
知っているが、全く参加したことがない	613 (41.6)	539 (42.8)	74 (34.4)	
地域健康教室を知らない	627 (42.5)	521 (41.3)	106 (49.3)	
健康づくりを行っている事業やサークルや教室				
よく参加している	120 (8.2)	110 (8.7)	10 (4.7)	0.179
時々参加している	55 (3.7)	49 (3.9)	6 (2.8)	
たまに参加することがある	59 (4.0)	51 (4.1)	8 (3.8)	
全く参加したことがない	1237 (84.1)	1048 (83.3)	189 (88.7)	

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

†: 「食を通じた集まり」は、地域で開催される会食会、茶話会、料理教室などを指す。

表15-2. 虚弱リスクの有無別の町の既存事業の参加状況（女性）

	全体	虚弱なし	虚弱あり	p*
食を通じた集まり				
よく参加している	26 (1.8)	25 (2.0)	1 (0.5)	0.001
時々参加している	44 (3.0)	39 (3.1)	5 (2.6)	
たまに参加することがある	155 (10.7)	149 (11.9)	6 (3.1)	
全く参加したことがない	1222 (84.5)	1038 (83.0)	184 (93.9)	
地域健康教室				
よく参加している	139 (9.6)	131 (10.4)	8 (4.1)	<0.001
時々参加している	63 (4.3)	61 (4.9)	2 (1.0)	
たまに参加することがある	82 (5.6)	74 (5.9)	8 (4.1)	
以前は参加していたが、やめた	163 (11.2)	136 (10.8)	27 (13.7)	
知っているが、全く参加したことがない	702 (48.3)	622 (49.6)	80 (40.6)	
地域健康教室を知らない	303 (20.9)	231 (18.4)	72 (36.5)	
健康づくりを行っている事業やサークルや教室				
よく参加している	213 (14.8)	206 (16.5)	7 (3.6)	<0.001
時々参加している	79 (5.5)	75 (6.0)	4 (2.1)	
たまに参加することがある	94 (6.5)	86 (6.9)	8 (4.1)	
全く参加したことがない	1055 (73.2)	879 (70.5)	176 (90.3)	

値は度数（％）で示し、各項目に無回答の者は該当項目から除外した。

*: χ^2 検定

†: 「食を通じた集まり」は、地域で開催される会食会、茶話会、料理教室などを指す。

5) 調査2のまとめ

- 地域全域的に郵送調査を行った結果、調査票の回収率（宛名ラベルはがしも含めた場合）は75.8%であり、未返送者の割合は24.2%であった。特に、65 - 69歳、85歳以上の回収率が低かった。
- 地域に在住する高齢者において、25項目の基本チェックリストで把握した場合の虚弱・前虚弱の出現率は、それぞれ、男性では17.6%、30.7%、女性では16.3%、32.7%であった。一方、15項目の介護予防チェックリストで把握した場合の虚弱の出現率は、男性で14.6%、女性で13.7%であった。基本チェックリストに比べて、介護予防チェックリストの方が、欠損項目の割合が少なかった。
- 虚弱リスクのある群と虚弱リスクのない群では、日常生活の状況（外出頻度、主な外出目的、外出方法、運動や栄養・食などの生活習慣）、社会参加の状況（その有無や種類、頻度）、地域の社会資源の利用の有無やニーズ、地域共生意識や対人関係の志向性等が異なることが明らかとなった。

悉皆的な調査結果をふまえて、地域に在住する高齢者の虚弱リスクを適切に把握するとともに、虚弱リスクに応じた社会参加の場の創出や社会資源とのマッチング方法を今後検討していく必要がある。

IV. まとめ

地域に在住する高齢者の虚弱等の健康状態を評価して効果的な虚弱予防事業を展開するためには、全域的調査の実施と高齢者自身の健康づくりに対するモチベーションへの働きかけを行うことが重要である。そのためには、調査票の構成や質問項目の選定、個人または地域への結果のフィードバック内容を明確にするとともに、他部門や他機関との連携および情報共有、IT（地域診断システムやソーシャル・ネットワーキング・サービス）の活用も検討する必要がある。調査1及び調査2の結果をふまえ、本事業の目的である（1）地域の高齢者の虚弱等の健康状態を把握するための全域的な調査手法とその課題、解決策、（2）全域的な調査結果を介護予防事業に活用する方法と課題等を以下に提示する。

（1）地域の高齢者の虚弱等の健康状態を把握するための全域的な調査手法

1) 基本的な流れ

氏名、住所情報と介護保険情報を突合し、要介護認定を受けていない高齢者を同定する。



調査実施前に、種々の媒体を介して調査の予告と調査目的、結果の還元方法の周知を行う。



調査の趣旨を明確にした依頼状と調査票を作成する。調査票には、妥当性が確認された虚弱判定の項目に加えて、ご本人の考え、健康行動、生活状況、社会参加状況、社会資源活用のニーズ等を含める。（基本的なフォーマットを市町村に示す必要がある）



調査票は郵送、あるいは回収率が下がる高齢層（例、85歳以上など）には家庭訪問とする。訪問員は、民間に委託するか、地域の住民等にするかは地域の事情により判断する。



調査票の回収 * 郵送、または地域組織を活用した手渡し回収（密封する）。



調査票の冒頭で現在の居住状況と調査参加の有無を質問 * 在宅、入院中、施設などに入所中、長期不在、調査に参加しない等。



返送者、未返送者合わせて全員に御礼状兼督促状、または未返送者に対し督促状を郵送（個人が特定できる場合）。

* 個人特定の方法：調査票を記名式とする、または調査対象名簿に調査番号を振り、個人情報と調査番号の対応表を作成しておき、調査票には調査番号のみ付与する。



最終的な未返送者に対して電話または家庭訪問（個人が特定できる場合）を行う。電話または訪問員は、民間委託、地域の住民、行政専門職等、地域の事情により判断する



調査票の結果を入力し、データセットとして管理（個人情報保護体制のもと）



調査データの活用。個人への結果還元、地区単位での結果提示など
（個人還元、地区還元の基本的なフォーマットを市町村に示す必要がある）

2) 調査の課題と解決策（一部再掲）

課題1：調査の目的

調査の意図を明確にして調査結果の活用方法を示さないと、調査実施側（行政）、調査を受ける側（住民）ともに行動変容にはつながらない。

解決策：

要介護化の前段階とされる虚弱の状態を住民個人が認識すること、及び行政が地域の高齢者の虚弱化の実態を把握することを目的とした調査とする。

※住民は、虚弱の状態の認識に基づき、自らの要介護化が先送りされるような行動をとることが期待できる。行動とは、自分の考えやニーズに合わせて、友人・家族への相談、行政への相談、主治医への相談、薬局や民間事業機関等への相談を通じて、セルフケアを実践するとともに、公的サービスや民間サービスの利用、地域の団体・グループ・住民同士の活動への参加等である。

※行政は、把握された実態に基づき、地区の高齢者の要介護化が先送りされるような事業を計画、実施する。すなわち、ハイリスク者への個別のアプローチやハイリスク者に限らず、リスクが高くない元気な高齢者をも含めての虚弱予防活動を行い、地域全体の健康レベルを底上げしていく事業を実施する。

課題2：調査内容と結果のフィードバック

調査の趣旨に則った虚弱の判定のための調査項目、及びそれらの項目から生成される住民ならびに行政の行動変容を促すための指標を示すことが求められる。

解決策：

1. 虚弱判定の項目に関しては、回答しやすかつ要介護発症リスクとしての妥当性が科学的に検証された質問肢に依る。
2. 調査項目として、虚弱の判定だけでなく、健康行動、生活状況、社会参加状況、社会資源活用のニーズ、健康づくり・介護予防に対するご本人の考えや希望も含める。
3. 調査票には、質問だけでなく、介護予防に関連する情報や用語の説明も同時に記載し、調査票に目を通した未回答・未返送者へも情報を発信し、介護予防への理解度を高める。
4. 単にリスクがあるといった結果をフィードバックするのではなく、住民や行政に行動変容の動機付けが効果的に行われるような指標や見せ方を工夫するとともに行動変容の具体的な提示を行う。

*虚弱リスクから算出したデジタル指標算出のためのデータベースの作成とその分析結果に基づいたアプリケーションの開発が必要。さらに、個人の考えや希望、ニーズを考慮した上での虚弱リスク改善のための行動方法の提示や地域資源の情報提供を行う一定のロジックの作成が必要。

5. 行政に対しては、地域包括ケア「見える化」システムを活用するなどして、住民全体の回答データを地区情報とともに登録すれば地区ごとの虚弱リスクの実態が比較表示できるような機能を整備する。同時に、虚弱リスクの実態に応じた介護予防事業の重点や各地での実践例の提示を行う。

課題3：調査の悉皆性の確保

地域で悉皆的な調査を行うためには、応答率をできるだけ高めるための工夫が必要であり、また未応答者への対応が課題である。

解決策：

1. 調査対象となる住民の理解と協力を得るために、調査の開始前にケーブルテレビや広報などの媒体により調査の趣旨、内容、結果のフィードバック等を十分に周知する。
2. 調査方法は、地域の実情や予算に応じて、郵送または郵送と家庭訪問の組み合わせで行う。訪問した場合は不在、拒否の情報を含めるとほぼ悉皆的に情報が入手できる。郵送の場合の調査票の回収や訪問に地域住民を活用するかは地域の事情により判断する。
3. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査との実施時期の接近や調査項目の重複を避けるために、同ニーズ調査と兼ねて実施する方法も考えられる。
4. 応答率をあげるために、調査票の全体量（質問の数）を必要最低限なものにとどめ、回答者の負担を減らす。記名式調査においては、特に調査項目の内容には留意が必要である。教育歴や収入等のセンシティブな項目については、調査実施前に関係者間で十分に検討する必要がある。
5. 未反応者、入院、入所者、不在者への対応については、一定の取り決めを行う。例えば、未反応者へは電話または訪問して、拒否でも反応があればその情報を記録して調査終了。入院、入所、不在者については1～2ヶ月後に訪問し、その結果をもって調査終了とする。
6. 他部署や他機関と連携し（例えば、社会福祉協議会、病院、主治医、医療情報等）、出来るだけ多くの情報を集めて統合する仕組みをつくることによって、訪問すべき対象者を絞りこむ。
7. 調査対象者から何らかのコンタクトがあった時（問い合わせや苦情）もその機会を利用し、調査の趣旨を説明するチャンスを逃さないようにする。

(2) 全域的な調査結果を介護予防事業に活用する方法と課題等

課題1：全域的な調査を行っても、調査の担当部署が全体の集計結果を出して報告書を作成しているだけで終わっている場合が多い。調査担当部局と介護予防事業の部局が異なる。

解決策：

1. 地域特性に応じたデータ分析と事業展開の相談ができるシンクタンク（大学、研究機関、データ分析支援センターのような専門機関を各都道府県に設置）の整備と職員向けの研修等の人材育成を継続して行う。
2. 調査担当部局と介護予防事業の部局が連携することが必要である。また、調査データを十分に活用できるよう、その他の関連部局や組織と情報共有する体制、情報の取扱い規定を作る。

課題2：全域的な調査を生かすために、無反応層へのアプローチを含めてどのような戦略が考えられるか。

解決策：

1. リスクが高くない元気な高齢者を含めての虚弱予防事業を住民が歩いていける場で実施することで、無反応層の情報を得ることもある。地域の社会資源と連携し、地域で普通に暮らしていたら自然と健康になってしまったというような仕組みを作る。食事は誰もが摂るので、食と絡めた仕組みは利用してもらえやすい可能性が高い。また、男性が地域に出てくるような事業、例えば体力測定会など男性の興味を引く内容を取り入れる。
2. ただし、【調査2】の結果から、地域に在住する高齢者での虚弱の出現率は、男女ともに15%前後であった。また、虚弱リスクのある群と虚弱リスクのない群では、日常生活状況、社会参加の状況、地域の社会資源の利用の有無やニーズ、地域共生意識や対人関係の志向性が異なっていた。これらの結果から、虚弱リスクの高い人に対しては、地域全体の予防事業による働きかけとともに、専門職がアプローチできる体制や仕組みをつくることが重要と考えられる。
3. 健康意識や健康行動の調査結果に基づき、住民のタイプを類型化して、働きかけの内容や密度を変える。健康意識の高い人は行政から積極的にアプローチしなくても情報提供を行うことにより自ら行動変容していく。健康無関心層には、趣味活動をベースにして運動や栄養関係の活動を付加することも一案である。無反応者には行動変容のための働きかけにエフォートをかけ過ぎず見守りの対象として位置づける。また、無反応者でも医療機関にかかっている人は多いので、主治医から虚弱の予防・改善指導を行っていただくことが効果的である可能性もある。

以上に提示した課題の解決を進めることにより、高齢者の虚弱状態の把握を目的とした悉皆的な調査が全国的に広がっていくことが期待される。悉皆調査の結果を対象者自身の健康

づくりに対するモチベーションへの働きかけ、及び各地域での地区診断につなげるとともに、個々の健康状態やニーズをふまえた地域資源との効果的なマッチングにも応用することにより、要介護化の先送りや要介護期間が短縮される効果をもたらす可能性がある。

V. 資料編

【基本チェックリスト】

1) バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2) 日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3) 預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4) 友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5) 家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6) 階段を手すりや壁をつたわず昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8) 15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9) この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10) 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11) 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12) 身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
13) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14) お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15) 口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16) 週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17) 昨年と比べて外出回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18) 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20) 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21) (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22) (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23) (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24) (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25) (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする

【介護予防チェックリスト】

- 1) 一日中家の外には出ず、家の中で過ごすことが多いですか
1. はい 0. いいえ
 - 2) ふだん、仕事（農作業も含める）、買い物、散歩、通院などで外出する頻度（家の外に出る）頻度はどれくらいですか ※庭先のみやゴミ出し程度の外出は含みません。
0. 2～3日に1回程度 1. 1週間に1回程度以下
 - 3) 家の中あるいは家の外で、趣味・楽しみ・好きでやっていることがありますか
0. はい 1. いいえ
 - 4) 親しくお話ができる近所の人はいいますか
0. はい 1. いいえ
 - 5) 近所の人以外で、親しく行き来するような友達、別居家族または親戚はいいますか
0. はい 1. いいえ
 - 6) この一年間に転んだことがありますか
1. はい 0. いいえ
 - 7) 1kmぐらいの距離を続けて歩くことができますか
0. 不自由なくできる 1. できるが難儀する・できない
 - 8) 目は普通に見えますか ※本が読める程度 ※眼鏡を使った状態も含みます
0. はい 1. いいえ
 - 9) 家の中でよくつまずいたり、滑ったりしますか
1. はい 0. いいえ
 - 10) 転ぶことが怖くて外出を控えることがありますか
1. はい 0. いいえ
 - 11) この一年間に入院したことがありますか
1. はい 0. いいえ
 - 12) 最近食欲はありますか
0. はい 1. いいえ
 - 13) 現在、たいていのものは噛んでたべられますか ※入れ歯を使った状態も含みます
0. はい 1. いいえ
 - 14) この6か月間に3kg以上の体重減少がありましたか
1. はい 0. いいえ
 - 15) この6か月間に、以前に比べてからだの筋肉や脂肪が落ちてきたと思いますか
1. はい 0. いいえ
-

『鳩山町 シニア世代の健康長寿に向けた実態調査』ご協力のお願い

鳩山町 高齢者の皆さま

鳩山町長 ●○○○

平素より、町民の皆様には、町の介護・福祉行政の推進に格別のご理解とご協力をいただき、感謝申し上げます。

さて、新しい年を迎えましたが、「今年も元気でいきいきと暮らしたい」との思いは多くの高齢者の皆さまの共通の願いではないでしょうか。その願いに一層応えられるような町づくりを目指すために、高齢者の皆様のお声をお聞かせいただきたく、この度「鳩山町 シニア世代の健康長寿に向けた実態調査」を下記のとおり実施することといたしました。この調査は、皆様の健康状態や生活の実態を把握することにより、高齢化の進む鳩山町において、今後さらに町民の皆様の健康寿命を伸ばすための町づくりを進める基礎資料とすることを目的としております。

今回の調査は、厚生労働省のモデル事業の一環として行い、調査内容の決定や分析等の作業については、「健康づくりのまち鳩山・共同研究基本契約」を締結している「東京都健康長寿医療センター研究所」が国の助成を受け専門的見地より実施いたします。本調査にかかわる個人情報の保護には万全を期すとともに、調査結果は統計的に処理するため、個人の回答が他に漏れることはありません。アンケート用紙には誤配送を防ぐために、住所・氏名の宛名シールを貼付しましたが、アンケートをご返送いただいた後に宛名シールは消去します。また、この調査票への回答は強制ではなく、皆様の自発的な意思で行われるものであり、仮に調査票に回答された後でも取り消すことは可能ですので、その際は下記の問い合わせ先までご連絡ください。

以上の趣旨をご理解いただき、「健康長寿のまちづくり」のため、本調査にご協力くださいますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

記

- 1 対象者 平成 29 年 12 月 1 日現在で、鳩山町に在住する介護保険第 1 号被保険者（65 歳以上の方全員）から要介護認定を受けている方を除く約 5,200 人
- 2 調査方法 郵送による自記式アンケート調査
- 3 返送期限 平成 30 年 1 月 31 日（水）までに封書でご投函ください
- 4 調査実施 東京都健康長寿医療センター研究所・社会参加と地域保健研究チーム

【問合せ先】 鳩山町保健センター 受付時間 平日（月～金）午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分まで
住所 鳩山町大字大豆戸 183-1 電話 049 - 296 - 2530 Eメール h4600@town.hatoyama.lg.jp

●心身の健康状態について●

問 1. あなたはふだん、ご自分で健康だと思いますか。

次の1～4の中から、あてはまる番号1つに○をつけてください。(○は1つ)

- | | | | |
|-----------|------------|-------------|-----------|
| 1. とても健康だ | 2. まあ健康な方だ | 3. あまり健康でない | 4. 健康ではない |
|-----------|------------|-------------|-----------|

問 2. 以下の質問に関して、「はい」「いいえ」でお答え下さい。(1つずつ○)

(1) 目はふつうに見えますか	※本が読める程度 ※眼鏡を使った状態も含みます	1. はい	2. いいえ
(2) 耳はふつうに聞こえますか	※補聴器を使った状態も含みます	1. はい	2. いいえ
(3) この1年間で入院したことはありますか		1. はい	2. いいえ
(4) この1年間で骨折したことはありますか		1. はい	2. いいえ

問 3. 現在治療中、または過去にかかったことのある病気はありますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 高血圧	6. 呼吸器疾患	11. 特に病気はない
2. 高脂血症	7. 骨・関節疾患	
3. 糖尿病	8. 脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)	
4. 肝臓病	9. 心臓病(狭心症、心筋梗塞、不整脈)	
5. がん	10. その他()	

問 4. ふだんの生活状況についてお伺いします。「できる」または「できるけどしていない」、「できない」でお答え下さい。(1つずつ○)

	している	できるけどしていない	できない
(1) バスや電車で1人で外出していますか	1	2	3
(2) 日用品の買い物をしていますか	1	2	3
(3) 預貯金の出し入れをしていますか	1	2	3

問 5. 以下の質問に、「はい」または「いいえ」でお答えください。(1つずつ○)

(1) この1年間に転んだことがありますか	1. はい	2. いいえ
(2) 家の中でよくつまずいたり、滑ったりしますか	1. はい	2. いいえ
(3) 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	2. いいえ
(4) 転ぶことが怖くて外出を控えることがありますか	1. はい	2. いいえ

問 6. ふだん、以下のことをおこなっていますか。「はい」「いいえ」でお答え下さい。

(1つずつ〇)

(1) 自分で食事の用意ができますか	1. はい	2. いいえ
(2) 請求書の支払いができますか	1. はい	2. いいえ
(3) 年金などの書類が書けますか	1. はい	2. いいえ
(4) 病人を見舞うことができますか	1. はい	2. いいえ
(5) 新聞を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
(6) 本や雑誌を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
(7) 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい	2. いいえ

※同じ要領で以下についてもお答えください。(1つずつ〇)

(8) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1. はい	2. いいえ
(9) 椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか	1. はい	2. いいえ
(10) 家の中あるいは家の外で、趣味・楽しみでやっていることはありますか	1. はい	2. いいえ
(11) 一日中家の外には出ず、家の中で過ごすことが多いですか	1. はい	2. いいえ
(12) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	2. いいえ
(13) 若い人に自分から話しかけることがありますか	1. はい	2. いいえ
(14) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	1. はい	2. いいえ
(15) 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	2. いいえ
(16) 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	2. いいえ

問 7. 以下の質問に、最近 2 週間のことについて思い返しながらい「はい」「いいえ」でお答えください。(1つずつ〇)

(1) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	2. いいえ
(2) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	2. いいえ
(3) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	2. いいえ
(4) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	2. いいえ
(5) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	2. いいえ

問 8. 以下の質問に、「はい」「いいえ」でお答え下さい。(1つずつ○)

(1) 最近食欲はありますか	1. はい	2. いいえ
(2) 現在、たいていのものは噛んで食べられますか ※入れ歯を使った状態も含みます	1. はい	2. いいえ
(3) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
(4) お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
(5) 口の渴きが気になりますか	1. はい	2. いいえ
(6) この6ヵ月間で、2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	2. いいえ
(7) この6ヵ月間で、以前に比べてからだの筋肉や脂肪がおちてきたと思いますか	1. はい	2. いいえ

●ふだんの生活について●

問 9. 現在、定期的に運動をしていますか。(○は1つ)

※運動とは、「意識的に身体を動かすこと」とします。犬の散歩・ウォーキング・ラジオ体操・ストレッチ・自転車・水泳・水中ウォーキング・グラウンドゴルフ・ゲートボールなども含みます。

1. 週に5回以上	4. 月に1～3回
2. 週に3～4回	5. 月に1回未満
3. 週に1～2回	6. 運動はしない

問 10. 1kmぐらいの距離を続けて独力で歩くことができますか。(○は1つ)

※1kmぐらいの距離とは、だいたい15分ぐらいの距離です。

1. 不自由なく歩くことができる
2. 不自由ながらも歩くことはできる (杖や、シルバーカー、ショッピングカーなどの補助が必要・痛みが伴う・途中で休む必要がある・その他不自由を感じる)
3. できない(介助してもらった必要がある場合も含む)

問 11. ふだん、仕事(農作業も含める)、買い物、散歩、通院、社会活動等で外出する(家の外に出る)頻度はどれくらいですか。(○は1つ)

※介助されて外出する場合も含みます。

※庭先のみやゴミ出し程度の外出は含みません。

1. 毎日2回以上	4. 1週間に1回
2. 毎日1回ぐらい	5. ほとんど外出しない
3. 2～3日に1回	

問 16. 主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることが1日に2回以上あるのは、週に何日ありますか。(〇は1つ)

※**主食** とは、ごはん、パン、麺などの穀類

主菜 とは、肉・魚・卵・大豆製品などを使ったメインの料理

副菜 とは、野菜・きのこ・いも・海藻などを使った小鉢・小皿の料理を指します。

- | | | | |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| 1. ほぼ毎日 | 2. 週に4~5日 | 3. 週に2~3日 | 4. ほとんどない |
|---------|-----------|-----------|-----------|

問 17. 誰か(家族や友人など)と食事を共にする機会がどのくらいありますか。

(〇は1つ)

- | | |
|------------|------------|
| 1. 毎日ある | 4. 年に何度かある |
| 2. 週に何度かある | 5. ほとんどない |
| 3. 月に何度かある | |

問 18. あなたは、以下の食べ物をどのくらいの頻度で食べていますか。それぞれ、最近1週間ぐらいの食事について、あてはまるものをお答えください。

	ほとんど毎日	2日に1回	1週に2回	ほとんど食べない
(1) 魚介類 (生鮮・加工品を含む)	1	2	3	4
(2) 肉類 (生鮮・加工品を含む)	1	2	3	4
(3) 卵 (鶏卵・うずらなどの卵で、魚の卵は除く)	1	2	3	4
(4) 牛乳 (コーヒー牛乳やフルーツ牛乳は除く)	1	2	3	4
(5) 乳製品 (ヨーグルト・チーズなど)	1	2	3	4
(6) 大豆製品 (豆腐・納豆など。みそやしょうゆは含まない)	1	2	3	4
(7) 緑黄色野菜 (にんじん・ほうれん草など色の濃い野菜)	1	2	3	4
(8) その他の野菜 (大根・たまねぎ・白菜など色の薄い野菜)	1	2	3	4
(9) 海藻 (生・干物は問わない)	1	2	3	4
(10) いも類	1	2	3	4
(11) 果物 (生鮮・缶づめは問わない)	1	2	3	4
(12) 油脂類 (油炒め・パンにぬるバターやマーガリンなど、油を使う料理の回数)	1	2	3	4

●社会活動について●

問 19. 次のような活動をどの程度なさいますか。

(1) 地域づくり・社会づくりのための社会活動をどの程度なさいますか。
それぞれあてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。(○は1つずつ)

	よくする	時々する	ほとんど しない
(1) 地域行事(お祭り・盆踊りなど)への参加	1	2	3
(2) 町内会や自治会活動	1	2	3
(3) 老人会(老人クラブ)活動	1	2	3
(4) 趣味の会など仲間うちの活動	1	2	3
(5) 社会福祉・奉仕(ボランティア)活動	1	2	3
(6) 特技や経験を他人に伝える活動	1	2	3
(7) 消費者団体・自然環境保護などの活動	1	2	3

(2) 次の個人的な活動をどの程度なさいますか。(○は1つずつ)

	よくする	時々する	ほとんど しない
(1) 近所づきあい	1	2	3
(2) 生活用品や食料品の買い物 (近所での買い物)	1	2	3
(3) デパートでの買い物	1	2	3
(4) 近くの友人・親戚を訪問	1	2	3
(5) 遠方の友人・親戚を訪問	1	2	3
(6) 国内旅行	1	2	3
(7) 外国旅行	1	2	3
(8) お寺まいり(神社仏閣へのおまいり)	1	2	3
(9) スポーツや運動	1	2	3
(10) レクリエーション活動	1	2	3

(3) 次のような学習活動をどの程度なさいますか。(○は1つずつ)

	よくする	時々する	ほとんど しない
(1) 老人学級・老人大学への参加	1	2	3
(2) カルチャーセンターでの学習活動	1	2	3
(3) 町民講座・各種研修会・講演会への参加	1	2	3
(4) シルバー人材センターでの活動	1	2	3

●あなた自身のお考えや感じ方について●

問 20. あなたの居住地域は、お互いに助け合っている地域だと思えますか。(〇は1つ)

1. 思う	2. 思わない	3. わからない
-------	---------	----------

問 21. あなたと地域の人たちとのつながりは強い方だと思えますか。(〇は1つ)

1. 思う	2. 思わない	3. わからない
-------	---------	----------

問 22. あなたは、次の意見をどう思われますか。それぞれあてはまる番号を1つ選んで〇をつけてください。(〇は1つずつ)

	そう思う	いさほど思いません	どちらかともいえない	どちらかともいえない	思わない	そうは思わない
(1) 町内会の世話をしてくれと頼まれたら、引き受けてもよいと思う	1	2	3	4	5	
(2) 地域の生活環境をよくするための公共施設の建設計画があり、そのために自分の所有地や建物の供出を求められた場合は、できるだけ協力したい	1	2	3	4	5	
(3) 自分の近所に一人暮らしの高齢者がいたらその高齢者のために日常生活の世話をしてあげたい	1	2	3	4	5	
(4) 地域の人々と何かをすることで、自分の生活の豊かさを求めたい	1	2	3	4	5	
(5) いま住んでいる地域に、誇りや愛着のようなものを感じている	1	2	3	4	5	

問 23. 以下の質問に「はい」「いいえ」でお答えください。(1つずつ〇)

(1) 一人になっても孤独を楽しめるほうですか	1. はい	2. いいえ
(2) 大勢で楽しめるような趣味や活動をしたいですか	1. はい	2. いいえ
(3) 人間関係の煩わしさを離れて、静かに暮らしたいですか	1. はい	2. いいえ
(4) 人と一緒に何らかの活動をしたいですか	1. はい	2. いいえ
(5) ご自分が他の人に必要とされていると感じることがある場がありますか	1. はい	2. いいえ
(6) あなたには、ほっとしたり、安らげる場がありますか	1. はい	2. いいえ

●お住まいの地域について（行政サービスやグループ活動）●

問 24. 町が行う自立支援サービス（保健福祉サービス）のうち、あなたが利用したいと思うものはどれですか。（1～8の番号にいくつでも○をつけてください）

※すでに利用しているサービスも含みお答えください。

1. ふれあい在宅サービス	例：家事援助：食事、洗濯、掃除、買い物、ゴミだし、外出の付添等
2. 配食サービス	内容：安否確認を目的として、高齢世帯等にお弁当（昼食）を手渡して届ける
3. 外出支援サービス	内容：車椅子で利用できるリフト付き自動車の貸し出し、通院や公的機関への外出援助等
4. 福祉用具の貸出（車いすの貸し出し等）	
5. 紙おむつ支給サービス	内容：在宅で生活をする高齢者に、毎月一定額の紙おむつを支給する
6. 緊急通報システム	内容：ガードマンが待機する受信センターに通じる緊急通報装置と安否確認センサーを自宅に設置
7. その他：利用したいサービス、あったとしたら利用したいと思うサービス 記入：	
8. 上記の中で利用したいものはない	

問 25. 次の事業や活動のうち、あなたが参加してみたいと思うものはどれですか。

（あてはまるものすべてに○）

1. 運動や体操、ウォーキングなどの体力づくりを目的とした講座・教室・グループ活動
2. 食事や料理に関する講座・教室・グループ活動
3. 歯の手入れや、入れ歯に関する講座・教室・グループ活動
4. 脳の体操（脳トレ）などの認知症予防のための講座・教室・グループ活動
5. 心の健康を維持（うつ予防など）にするための講座・教室・グループ活動
6. 趣味（手芸、絵画、将棋、写真、歌など）の講座・教室・グループ活動
7. 気軽にお話をする交流を目的とした企画・教室・グループ活動
8. ボランティア（社会貢献）活動
9. ご自身の知識や経験を次世代に伝える活動・グループ活動
10. その他（ ）
11. 参加したいものはない・参加したいと思わない

問 26. 今お答えいただいた 問 24 と 25 の回答内容について必要に応じて町からご連絡させていただくことがございますが、よろしいでしょうか。

1. はい（同意する）
2. いいえ（同意しない）
3. 今は分からない（連絡がきた時点で考える）

問 27. あなたは、“鳩山町「食」コミュニティ会議”を知っていますか。（〇は1つ）

1. 名称も取組内容も知っている
2. 名称は知っているが、取組内容は知らない
3. 名称も取組内容も知らない

問 28. あなたは現在、町で行われている「食を通じた集まり」に参加していますか。

※「食を通じた集まり」は、地域で開催される会食会、茶話会、料理教室などのことを指します。

（〇は1つ）

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1. よく参加している | 3. たまに参加することがある |
| 2. 時々参加している | 4. 全く参加したことがない |

問 29. あなたは現在、町で行われている「地域健康教室」に参加していますか。

（〇は1つ）

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1. よく参加している | 4. 以前は参加していたが、やめた |
| 2. 時々参加している | 5. 知っているが、全く参加したことがない |
| 3. たまに参加することがある | 6. 地域健康教室を知らない |

問 30. 上で挙げた「地域健康教室」以外で、あなたは現在、積極的に健康づくりを行っているサークルや教室に参加していますか。（〇は1つ）

※例：高齢者トレーニング教室の自主活動や、のびのびプラザで行われているような活動、等。

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1. よく参加している | 3. たまに参加することがある |
| 2. 時々参加している | 4. 全く参加したことがない |



あと2ページです。
ご協力、よろしくお願いいたします。

最後に、あなた様ご自身のことについておたずねします。ご回答は、個人のお名前と切り離して統計的に処理しますので、個人の情報外部にもれることはありません。何卒ご理解とご協力をお願いいたします。

問 31. あなたの性別を教えてください。

1. 男性 2. 女性

問 32. あなた何年何月生まれ、満何歳ですか。元号には○をつけて下さい。

- 1. 明治
- 2. 大正
- 3. 昭和

年

月

日生まれ

(何日生まれかは記入不要です)

満 歳

問 33. 現在の身長と体重を教えてください。正確でなくても、大体の値で結構です。

身長 () cm

体重 () kg

問 34. あなたには、現在、配偶者はいらっしゃいますか。(○は1つ)

1. いる(内縁関係、事実婚を含む) 2. いない(離別、死別、未婚など)

問 35. 現在、一緒に住んでいる(同じ敷地内に住んでいる)方は、あなたからみてどの続柄の方ですか。(あてはまるものすべてに○)

- 1. 一人暮らし(一緒に住んでいる人はいない)
- 2. 配偶者(夫、妻)
- 3. 息子
- 4. 娘
- 5. 子の配偶者(婿、嫁)
- 6. あなたの父母
- 7. 配偶者の父母
- 8. 孫
- 9. その他()

問 36. あなたは、現在、収入を伴う仕事(パート・アルバイト、家業の手伝いを含む)をしていますか。(○は1つ)

- 1. 週に35時間以上(週5日間、1日につき7時間)働いている
- 2. 短時間(週35時間未満)、または不定期に働いている
- 3. 仕事はしていない、引退した

問 37. あなたが最後に卒業した学校はどちらですか。(〇は1つ)

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 学校には行かなかった | 5. 短期大学・専門学校 |
| 2. 小学校(尋常小学校) | 6. 大学(高齢者大学は除く) |
| 3. 中学校(旧制高等小学校) | 7. 大学院 |
| 4. 高等学校(旧制中学校) | 8. その他() |

問 38. あなたと生計を共にしている世帯人数は何人ですか。

生計を共にしている世帯人数(あなたを含めて) ()人

問 39. あなたと生計を共にしている世帯の、年金を含む合計収入額(税込)は、平成29年1年間で、次のうちどれにあてはまりますか。(〇は1つ)

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| 1. 100万円未満 | 4. 300~500万円未満 | 7. わからない |
| 2. 100~200万円未満 | 5. 500~700万円未満 | 8. 回答したくない |
| 3. 200~300万円未満 | 6. 700万円以上 | |

問 40. あなたの世帯の、今の暮らし向きはいかがですか。(〇は1つ)

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 非常にゆとりがある | 4. やや苦勞している |
| 2. ややゆとりがある | 5. 非常に苦勞している |
| 3. どちらともいえない | |

問 41. 鳩山町にお住まいになられてから、何年になりますか。(〇は1つ)

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. 5年未満 | 4. 20年以上~30年未満 |
| 2. 5年以上~10年未満 | 5. 30年以上~50年未満 |
| 3. 10年以上~20年未満 | 6. 50年以上 |

お手数ですが、記入漏れがないか、今一度お確かめください

<ご意見欄> 調査のご感想やご意見等、何かございましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

「シニアの健康長寿に向けた実態調査」 ご協力のお礼とお願い

平素より、町民の皆様には、町の介護・福祉行政の推進に格別のご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。

先日お送りしました「鳩山町 シニア世代の健康長寿に向けた実態調査」にご協力いただき、誠にありがとうございました。

まだご返送いただいていない場合は、ご多用のところ誠に恐縮に存じますが、2月2日(金)までにアンケート用紙をご返送くださいますよう、重ねてお願い申し上げます。全項目の記入が困難な場合は、記入途中のものでも結構です。

今回の調査結果をもとに、鳩山町の健康寿命延伸に向けた取り組みを進めてまいりますので**何卒ご返送をお願い申し上げます。**

なお、本状と行き違いでご返送いただきましたときは、ご容赦下さい。

お問合せ先：

鳩山町保健センター 電話 049 - 296 - 2530

事業担当者及び協力関係者一覧

※敬称略

事業担当者 (総括)	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長	北村 明彦
事業担当者	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長	藤原 佳典
事業担当者	国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 予防老年学研究部 部長	島田 裕之
事業担当者	国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 予防老年学研究部 長寿コホート研究室 室長	李 相侖
事業担当者	国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老年社会科学研究部 社会福祉・地域包括ケア研究室 室長	斎藤 民
事業担当者	公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 研究員	野藤 悠
事業担当者	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員	野中久美子
事業担当者	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員	清野 諭
事業担当者	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員	西 真理子
事業担当者	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員	横山 友里
研究協力自治体 (担当者)	大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 総括主査	東山 佳代
研究協力自治体 (担当者)	東京都北区健康福祉部 介護予防・日常生活支援担当課長	酒井 史子
研究協力自治体 (担当者)	東京都北区健康福祉部 高齢福祉課長	岩田 直子
研究協力自治体 (担当者)	東京都大田区役所福祉部 副参事	長岡 誠
研究協力自治体 (担当者)	大田区福祉部高齢福祉課 高齢者支援担当係長(元気高齢・介護予防)	津村 良子
研究協力自治体 (担当者)	滋賀県近江八幡市福祉子ども部 次長・長寿福祉課長(兼)	岩越 和子
研究協力自治体 (担当者)	埼玉県鳩山町保健センター 所長 兼 管理予防担当主幹	戸口 宏美
研究協力自治体 (担当者)	埼玉県鳩山町地域包括支援センター 保健師	山口貴代美
研究協力自治体 (担当者)	兵庫県養父市健康福祉部健康課 保健師	吉田 由佳
研究協力自治体 (担当者)	群馬県草津町愛町部福祉課 主査	中山 慎介
アドバイザー	東京都健康長寿医療センター研究所 副所長	新開 省二
オブザーバー	杉並区杉並保健所保健サービス課 主査	白樫 晴子
オブザーバー	杉並区杉並保健所保健サービス課 健康づくり調整担当係長	柏木 美子

報告書作成担当者

北村 明彦 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 研究部長（全体）

西 真理子 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 研究員（第Ⅱ章）

横山 友里 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 研究員（第Ⅲ章）

事務局

松本 圭子 平成29年度老人保健健康増進等事業（北村班）事務局

新井 祐美 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 事務員

西村 恵美子 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 事務員

平成29年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

地域の高齢者の状況を正確に把握し、虚弱のリスクのある高齢者を社会資源とマッチングするなど、保険者が政策形成や事業展開につなぐための調査研究事業
報告書

平成30年3月

禁無断転載

東京都健康長寿医療センター研究所

社会参加と地域保健研究チーム

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2